

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



**MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA HEMORRÁGICA EN HONDURAS,
AÑO 2009**

PRESENTADO POR

NOELMY BALBINA ARZÚ CACHO

PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE MÁSTER EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

MSc. MERCEDES MARTÍNEZ H.

TEGUCIGALPA, M.D.C.

MAYO, 2017 HONDURAS, C.A.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

**RECTORA
Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICE RECTORA ACADÉMICA
MSc. BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Abg. AYAX IRÍAS COELLO**

**VICERRECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL
Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y POSGRADO
MSc. LETICIA SALOMÓN**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADORA GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS
MÉDICAS
Dra. ELSA YOLANDA PALOU**

**COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES**

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este nivel de formación profesional y por todas las bendiciones recibidas.

A mi madre Carolina Cacho y mi padre Sebastián Arzú

Por inculcarme valores y el deseo de superación personal a través del aprendizaje continuo, por ser mi ejemplo y mi motivación constante

A mis hermanas y sobrinas por ser el ejemplo, por el apoyo incondicional y expresión de amor que fue mi bastón en los momentos difíciles.

A mis hijos: Emilio Sebastián, Nandy Anany y Koffy Yuam, que son mi base mi centro y mi energía que me impulsan cada día.

A mis Profesores

Por su gran apoyo, paciencia y motivación para la culminación de mis estudios y para la elaboración de este trabajo de grado.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
II OBJETIVOS	9
A. GENERAL.....	9
B. ESPECÍFICOS.....	9
III MARCO TEÓRICO	10
Hemorragia obstétrica.....	16
Factores de riesgo	22
Clasificación de las hemorragias.....	24
Manejo inicial de la hemorragia postparto	27
Prevención de la hemorragia post-parto.....	36
Diagnóstico	39
Determinantes en Salud.....	44
IV METODOLOGÍA	48
Variables del Estudio.....	51
Técnica e Instrumento de recolección de datos.....	51
V RESULTADOS	53
VI ANÁLISIS DE RESULTADOS	79
VIII RECOMENDACIONES	94
IX BIBLIOGRAFÍA	101
X ANEXOS	106

INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio es analizar las muertes maternas por causa hemorrágica en mujeres de 15 a 49 años, para fortalecer el sistema de salud y las condiciones de atención de parto, así como el acceso a los servicios de salud y la calidad de atención. Por lo que se realizó investigación que incluye variables sociodemográficas, riesgo obstétrico y de muerte materna, En el marco teórico, se abordan los antecedentes mundiales, regionales y locales; y las teorías de muerte materna por causa hemorrágica.

Según los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *la muerte materna se define como la muerte que ocurre en el curso de la gestación, parto o en los 42 días posteriores a la finalización de la misma.*

En este estudio se analizó la base de datos de la Muerte Materna por causa hemorrágica en el parto y el postparto inmediato proporcionada por la Secretaría de Salud, siendo que la hemorragia postparto (HPP) una de las principales emergencias obstétricas. Los factores de riesgo más importantes son: edad materna avanzada y enfermedades crónicas; la etiología más frecuente es la Atonía Uterina, definida como la incapacidad del útero de retraerse luego del alumbramiento. Su prevención se basa en el manejo activo del trabajo de parto y

el tratamiento va desde el uso de terapias farmacológicas con uterotónicos hasta la histerectomía de urgencia y el Acretismo es una inserción anormal de la placenta. Su diagnóstico se basa en el uso de ecografía y resonancia nuclear magnética y su tratamiento es el parto por cesárea con histerectomía.

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna (MM). Según la OMS, las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, dando cuenta de un 25% de las muertes maternas totales (OMS, 2007), independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. Si bien el 99% de estas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo, es importante destacar la importancia de esta complicación, tanto por su magnitud como por la existencia actual de herramientas disponibles para evitar o disminuir al mínimo su ocurrencia. Por otra parte, según La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), la tasa de mortalidad materna por hemorragias postparto, varía de 30% a tasas superiores al 50% en diferentes países o comunidades.

Para la ejecución del diseño se utilizó la metodología Encuesta de Mortalidad en Mujeres en Edad Reproductiva, conocida también como RAMOS (por sus siglas en inglés: Reproductive Age Mortality Survey), complementado su desarrollo con la revisión de registros médicos, para establecer las causas de muerte en cada

caso. El estudio titulado Mortalidad materna por causa hemorrágica en Honduras, durante el año 2009, se estructura en cinco capítulos.

En el primer capítulo se hace una introducción del tema de Mortalidad en mujeres en edad reproductiva, así como los temas desagregados en los cinco capítulos que contiene este estudio; en el segundo capítulo se plantean los objetivos generales y específicos de la presente investigación.

En el tercer capítulo se hace una revisión de los planteamientos teóricos vinculados con la temática a investigar. El capítulo incluye varios apartados que facilitan la comprensión de los aspectos considerados fundamentales para la investigación. El cuarto capítulo plantea la metodología o diseño para el desarrollo de la investigación, tales como: técnicas de recolección de datos, técnicas para analizar los datos obtenidos en el proceso de la investigación.

El capítulo cuarto detalla de manera amplia los resultados obtenidos entre los más relevantes esta que la mayor tasa de mortalidad en mujeres en edad fértil se presentó en el grupo de 36 – 40 años (0.42 X 10,000 MEF), en cuanto a la escolaridad la mayoría tenía educación primaria, la ocupación predominante fue el de ama de casa.

En relación al riesgo obstétrico la mayoría eran multíparas y primigestas, todas tenían el embarazo a término entre la 38 a 40 semana de gestación, la mayoría de las mujeres fallecidas recibió atención médica pero muy escasos controles de embarazo y la mitad no tuvo controles de embarazo, asimismo la mitad de los partos fueron institucionales atendidos por personal médico y /o enfermería y la otra mitad partos comunitarios.

Más de la mitad de las muertes ocurrió en el puerperio inmediato y el resto durante el parto. El capítulo cinco son las recomendaciones y conclusiones del investigador en base a los resultados de la investigación. Seguidamente, se consigna la bibliografía utilizada para realizar este estudio, se incluye el apéndice y anexos.

II OBJETIVOS

A. GENERAL

Caracterizar la mortalidad materna por causas hemorrágicas identificadas en Honduras durante el año 2009.

B. ESPECÍFICOS

1. Describir socio demográficamente los casos de muerte materna por causas hemorrágicas durante el año 2009.
2. Identificar el riesgo obstétrico de la población en estudio.
3. Determinar los factores precipitantes de la muerte materna por causa hemorrágica.
4. Calcular la tasa de mortalidad materna por causa hemorrágica para el año 2009.

III MARCO TEÓRICO

Diariamente mueren 830 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2015 hubo 330,000 muertes maternas en todo el mundo durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas eran evitables.

La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos del Milenio adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en el año 2000. El objetivo número 5 consiste en reducir, entre 1990 y 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes. (Honduras ha experimentado una reducción significativa de 74 puntos en la Tasa de Mortalidad Materna al pasar de 182 muertes por cada 100 mil nacidos vivos en 1990 a 108 en 1997 y de 100 por 100 mil nacidos vivos en el 2010); Sin embargo, entre 1990 y 2015 la RMM sólo disminuyó en un 44%. La meta de la Agenda de Desarrollo sostenible es reducir la razón de mortalidad materna mundial a menos de 70 por 100,000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 (OMS, nota descriptiva, septiembre 2016).

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. El riesgo de muerte materna a lo largo

de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en Nigeria es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48000. El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo.

Desde 1990 varios países subsaharianos han reducido a la mitad su mortalidad materna. En otras regiones, como Asia y el Norte de África, los progresos han sido aún mayores. Entre 1990 y 2015, la RMM mundial (es decir, el número de muertes maternas por 100,000 nacidos vivos) solo se redujo en un 2,3% al año. Sin embargo, a partir de 2000 se observó una aceleración de esa reducción. En algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna entre los años 2000 y 2010 superaron el 5,5% necesario para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (OMS, 2015).

Además de las diferencias entre países, también hay grandes disparidades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como entre poblaciones urbanas y rurales, ya que la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales y en las comunidades más pobres; El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las causas de muerte principales de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo. (Conde Agudelo, J.M, & C., 2004, págs. 342-349).

Según los criterios de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la muerte materna se define como la muerte que ocurre en el curso de la gestación, parto o en los 42 días posteriores a la finalización de la misma.

En este estudio se analizó la base de datos de la Muerte Materna por causa hemorrágica en el parto y el postparto inmediato proporcionada por la Secretaría de Salud, siendo la hemorragia postparto (HPP) una de las principales emergencias obstétricas. Los factores de riesgo más importantes son: edad materna avanzada y enfermedades crónicas; la etiología más frecuente es la Atonía Uterina, definida como la incapacidad del útero de retraerse luego del alumbramiento.

Su prevención se basa en el manejo activo del trabajo de parto y el tratamiento va desde el uso de terapias farmacológicas con uterotónicos hasta la histerectomía de urgencia y el Acretismo es una inserción anormal de la placenta. Su diagnóstico se basa en el uso de ecografía y resonancia nuclear magnética y su tratamiento es el parto por cesárea con histerectomía.

Las hemorragias postparto constituyen aún una importante causa de Mortalidad Materna (MM)., las hemorragias graves ocuparon el primer lugar dentro de las causas de MM a nivel mundial, dando cuenta de un 25% de las

muerdes maternas totales independiente del nivel de desarrollo y/o ingreso per cápita de cada país. (OMS, 2015)

Los factores socioeconómicos ocasionan retraso en la atención ocasionando también muerte materna (MM); entre los retrasos tenemos:

1. Retraso en la decisión de buscar ayuda calificada.
2. Retraso en llegar al centro asistencial.
3. Retraso en recibir atención médica apropiada al llegar al centro asistencial.

En Honduras en el área rural, vive el 46% (3, 956,000) de la población, existe un médico por cada 10, 000 habitantes. Esto significa que en caso de graves complicaciones habitualmente no es posible una asistencia domiciliaria calificada. Por tanto, se hace necesario el traslado de la paciente a un centro sanitario, pero este traslado puede ser conflictivo, produciéndose un primer retraso por alguna o varias de las siguientes razones: Incapacidad de la mujer y su familia para identificar el riesgo o la presencia de una complicación; debido a la falta de educación de la mujer, lo que dificulta detectar el peligro, por ejemplo, un parto prolongado o una hemorragia. (INE, 2016).

Hay prejuicios culturales, que les inducen a desconfiar del parto institucional u hospitalario, prefiriendo el parto tradicional, con sus variantes regionales y la ausencia del equipo básico necesario. La partera empírica, apegada a sus

costumbres y arcaicos procedimientos y muchas veces analfabeta, no desea que interfieran en su labor y rechaza una posible ayuda calificada: teme perder poder e ingresos económicos.

Es evidente que la población femenina con mayor nivel de afectación, es la que tiene un limitado acceso a la educación, que vive en condiciones de pobreza y en zonas urbano marginales. Además de las condiciones socioeconómicas de las mujeres, la calidad de la atención en los servicios de salud, es otro de los factores que contribuyen en agravar la problemática de la salud de las mujeres en edad reproductiva, lo que a su vez incrementa los riesgos de muerte por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio. (Sequeira Ortiz & Torres, 2003, pág. 128).

Un estudio realizado por el INAM 2003, las comunidades más vulnerables de las principales regiones sanitarias fueron: 1) Las Crucitas y Nueva Suyapa, en Tegucigalpa, Región Metropolitana del Distrito central. 2) San Marcos de Sierra, La Esperanza, Intibucá: Región Sanitaria II. 3) Choloma y San Pedro Sula; Cortés, Región Sanitaria III. 4) Tornabé, Sambo Creek, Corozal y La Ceiba, Atlántida: Región Sanitaria VI. 5) Salamá y Juticalpa; Olancho: Región Sanitaria VII. (Sequeira Ortiz & Torres, 2003, pág. 128).

Segundo retraso: Decidido el traslado tanto la paciente como sus familiares tropiezan con una doble inaccesibilidad asistencial: administrativa y física:

pérdida de tiempo durante el traslado, tomando en cuenta barreras geográficas como traslado por montañas, cruce de ríos etc., llegan a una unidad de salud rural, donde tienen la barrera del transporte para ser trasladada a un Hospital de área o Regional de mayor complejidad, perdiéndose tiempo en el proceso.

Tercer retraso: el traslado a un hospital nacional que son hospitales bien equipados y con personal sanitario calificado que se concentran en las grandes ciudades. Estos centros consumen la mayor parte del presupuesto sanitario del país, y en cambio sólo sirven a una mínima parte de la población, (OMS, 2015).

Por tanto, las causas de una atención hospitalaria tardía y poco calificada suelen depender de: Falta de personal calificado (médicos, parteras, enfermeras, etc.). Organización y gestión inadecuada de la red de servicios de salud, falta de coordinación entre el primer y el segundo nivel asistencial. Falta de equipamiento tecnológico adecuado (Carrera, y otros, 2007)

Las embarazadas mueren por numerosas causas directas e indirectas durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos

hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto prolongado. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares. (L, D, A, Ö, AB, & JD, 2014)

Hemorragia obstétrica

La hemorragia obstétrica es una emergencia que se presenta durante el embarazo, parto y puerperio, siendo más frecuente su aparición durante el puerperio que puede llevar hasta el shock hipovolémico y la muerte de la mujer y del recién nacido. (Rios, 2010).

La hemorragia postparto es una de las complicaciones más temidas que pueden surgir en el puerperio. Actualmente, la mejor atención obstétrica y la mayor disponibilidad y mejor uso de fármacos oxitócicos, han hecho que su incidencia no supere el 5% (los análisis estadísticos más optimistas calculan cifras en torno al 1% en los países desarrollados), sigue siendo una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo, siendo en la mayoría de los casos potencialmente evitable. (Karlsson & Pérez Sanz, 2009).

Una de las definiciones más universalmente aceptadas es aquella que define la hemorragia postparto como la pérdida hemática superior a 500 ml tras un parto vaginal o a 1.000 ml tras una cesárea. Esta definición clásica presenta el inconveniente de la subjetividad del clínico, quien tiende a subestimar estas cifras. Es por ello que se hace necesario y recomendable añadir que la hemorragia postparto es, además de un sangrado excesivo, aquella que repercute en la paciente y la hace presentar síntomas y/o signos evidentes de hipovolemia las cuales tienen la limitación de depender del momento preciso de su determinación y de los volúmenes previos al parto. A su vez, es necesario distinguir entre hemorragia postparto precoz y tardía.

Las hemorragias postparto se clasifican en:

- **Primaria:** Es aquella que ocurre dentro de las primeras 24 horas postparto. Aproximadamente el 70% de las HPP inmediatas obedecen a Inercia Uterina.
- **Secundaria:** Es aquella que ocurre entre las 24 horas y las 6 semanas postparto. Las que ocurren posterior a las 6 semanas se relacionan con restos de productos de la concepción, infecciones o ambos. (Solari, Solari, & Guerrero, 2014).

Causas de la hemorragia post-parto

Las causas de hemorragia post parto (HPP), incluyen atonía uterina, traumas/laceraciones, retención de productos de la concepción y alteraciones de la coagulación. Una buena regla nemotécnica para recordarlas son las 4 T: Tono (atonía uterina), Tejido (retención de productos de la concepción), Trauma (lesiones del canal genital), Trombina (alteraciones de la coagulación).

- **Atonía uterina**

Es la incapacidad del útero de contraerse adecuadamente después del alumbramiento. Hay evidencia estadísticamente significativa de que el manejo activo de la tercera etapa del parto, incluso independientemente de qué especialista lo efectúe, (médico o partera), reduce la HPP, la necesidad de transfusión y la cuantía del sangrado (Solari y cols 2014. p.995).

Cabe mencionar que la atonía uterina es la causa más frecuente, siendo responsable del 80-90% de las hemorragias post parto (HPP).

- **Acretismo Placentario**

Es la inserción y adherencia anormal de la placenta al tejido uterino. Se clasifica en:

- Placenta ácreta: Placenta adherida firmemente a miometrio sin plano de clivaje.

- Placenta increta: Placenta que invade el miometrio.
- Placenta percreta: Placenta penetra hasta la serosa pudiendo comprometer órganos vecinos.

Entre los factores de riesgo para desarrollar un Acretismo Placentario se encuentran:

- Riesgo moderado: Edad materna avanzada y Multiparidad
- Riesgo alto: Cicatriz de cesárea anterior, Placenta previa
- Riesgo muy alto: Coexistencia de cesárea previa y placenta previa anterior

El Acretismo Placentario es una patología que puede ser diagnosticada durante el embarazo y que debe ser buscada ante la existencia de los factores de riesgo antes mencionados. En el estudio por imágenes de la placenta es de primera línea el uso de ultrasonido (transabdominal o transvaginal) por su amplia disponibilidad, bajo costo, ausencia de radiación ionizante y la capacidad de evaluar la vascularización materno fetal mediante el uso de Doppler color y espectral. Según revisiones recientes tendría una sensibilidad de 90.7% y una especificidad de un 96.9% en manos de un operador entrenado. (D Antonio, Iacovella, & Bhide, 2013).

Los signos ecográficos más sugerentes de Acretismo Placentario son:

- Pérdida de la homogeneidad placentaria reemplazada por espacios hipo o anecogénicos adyacentes al miometrio contiguo
- Pérdida de la interface retroplacentaria

El otro método diagnóstico importante durante el embarazo es la Resonancia Nuclear Magnética, ya que también es un examen seguro para la madre y el feto, que no emite radiación ionizante.

Por su parte, la cistoscopia es un procedimiento diagnóstico relevante en el caso de sospecha de compromiso vesical, tanto en la determinación de la superficie y profundidad comprometida, como en la determinación de la eventual invasión de los meatos ureterales. Es relevante que, pese a exámenes interpretados como normales, la sospecha diagnóstica es lo más importante para implementar la terapia correspondiente. (D Antonio, Iacovella, & Bhide, 2013).

Una vez efectuado el diagnóstico de Acretismo Placentario, se debe informar adecuadamente a la paciente que la conducta a seguir es la histerectomía obstétrica, debiendo durante lo que resta del embarazo lograr las mejores condiciones nutricionales y hematológicas de la paciente, manteniendo control estricto de su gestación con reposo relativo y abstinencia sexual. Si la paciente es portadora de patología no obstétrica, debe estar debidamente compensada (diabetes, hipertensión arterial, anemia). (Steins Biddchop CN, 2011).

Previo a la histerectomía obstétrica, con el objetivo de disminuir el sangrado propio de esta compleja cirugía, existe la posibilidad de efectuar mediante radiología intervencionista embolización y/o colocación de balones en arterias hipogástricas. La embolización es un procedimiento aún controvertido, siendo la colocación de balones arteriales bastante más seguro y controlables sus eventuales complicaciones.

Se propone además un manejo conservador con la finalidad de preservar el útero. Eso podría efectuarse en caso de sospecha de acretismo focal, placenta acreta posterior o en fondo uterino o deseo de la paciente de preservar su fertilidad. Una revisión sistemática reportó los siguientes resultados: (Steins Biddchop CN, 2011).

- Sangrado severo: 53%
- Sepsis: 6%
- Histerectomía secundaria: 19%
- Muerte: 0.3%
- Embarazo posterior: 67%

El manejo conservador no es una aproximación que se recomienda de rutina en la actualidad.

Factores de riesgo

- Sobredistensión uterina (por gestación múltiple, hidramnios o feto macrosoma), agotamiento muscular (por parto excesivamente prolongado, rápido y/o gran multiparidad), corioamnionitis (fiebre, ruptura prematura de membranas prolongada).

- Retención de tejido placentario y/o coágulos

La salida de la placenta tiene lugar en los primeros 30 minutos tras el parto, de no ser así, podría tratarse de una placenta adherente por una implantación anormal de la misma, como pueden ser las placentas ácreta, increta o percreta. El acretismo placentario es poco frecuente (1/2.500 partos) aunque en los últimos años se está registrando una incidencia ascendente. El riesgo aumenta a medida que lo hace el número de cicatrices uterinas. También está relacionado con la existencia de placenta previa.

- Desgarros/laceraciones: suponen la segunda causa más frecuente de hemorragia post parto (HPP), después de la atonía uterina. Normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura. En ocasiones también pueden hacerlo como hematomas. Los hematomas vulvares y vaginales autolimitados pueden tratarse de forma conservadora, en caso contrario deben ser evacuados.

Si la paciente presenta dolor en flanco y signos de hipovolemia hay que sospechar un hematoma retroperitoneal, en cuyo caso convendrá monitorizar estrictamente por si fuese necesaria una exploración quirúrgica para identificar los vasos sangrantes.

- Ruptura uterina: se define como la pérdida de integridad de la pared del útero. El factor de riesgo más comúnmente implicado es la existencia de una cirugía uterina previa, siendo la cesárea con histerotomía transversa segmentaria la más frecuente. Otros factores relacionados son los partos traumáticos (instrumentales, grandes extracciones, distocias) y la hiperdinamia/ hiperestimulación uterinas. Las roturas asociadas a traumatismos externos (incluyendo la versión cefálica externa) son excepcionales.
- Dehiscencia uterina: a diferencia de la rotura uterina propiamente dicha, la dehiscencia se define como la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa. Raramente son responsables de HPP moderadas-graves.
- Inversión uterina: se trata de una complicación obstétrica muy poco frecuente que se atribuye a una excesiva tracción de cordón y presión sobre fondo uterino (Maniobra de Credé), provocando la salida del fondo uterino en la cavidad endometrial. Los principales factores de riesgo son el acretismo placentario y el alumbramiento manual. El prolapso es tan obvio que no son necesarias pruebas de imagen confirmatorias, salvo en

casos de inversiones incompletas con estabilidad hemodinámica de la paciente y mínimo sangrado (Smith & B.G.).

Clasificación de las hemorragias

De acuerdo con el período obstétrico considerado: (Malvino, 2010. P. 6)

a. Antes de parto:

Placenta previa

Desprendimiento de placenta

Ruptura uterina

b. En el puerperio Precoz (primeras 24 horas):

Hemorragias Primarias

Atonía uterina

Traumatismo cérvico-vaginal

Retención de restos ovulares

Trastornos adherenciales placentarios

Inversión uterina

c. Tardío (entre las 24 horas y la sexta semana):

Hemorragias Secundarias

Retención de restos ovulares

Endometriometritis

Anormal involución del lecho placentario

Dehiscencia de la histerorrafia

d. Indiferentes

Coagulopatías congénitas

Coagulopatías adquiridas

Coagulación intravascular diseminada

Coagulopatía dilucional

Alteraciones de la coagulación: coagulopatías congénitas o adquiridas durante el embarazo:

- Congénitas: enfermedad de Von Willebrand, Hemofilia tipo A.
- Adquiridas: preeclampsia grave, Síndrome HELLP, embolia de líquido amniótico, Abruption placentae, sepsis. Además de estas causas formalmente descritas, existen otros factores de riesgo como son la edad materna avanzada, la miomatosis uterina y el hecho de haber sufrido una HPP en una gestación anterior. El conocimiento sobre si una gestante

presenta alguno de estos factores de riesgo es una parte importante para la prevención de la HPP, pero no hay que olvidar que hasta 2/3 de las HPP ocurren en mujeres sin ningún factor de riesgo.

- Diagnóstico: el diagnóstico suele ser evidentemente clínico, apareciendo una pérdida hemática excesiva antes del alumbramiento de la placenta (hemorragia de la tercera fase) o después (HPP verdadera). Como se ha explicado anteriormente, además de intentar cuantificar la hemorragia es necesario valorar la repercusión de la misma sobre el estado hemodinámico de la paciente.

Para ello pueden tomarse como referencia los siguientes:

Signos: Presión arterial sistólica. Indica afección hemodinámica leve/moderada/grave según la cifra tensional sea 100-80/ 80-70/ 70-50 respectivamente.

Síntomas: indican hemorragia

Leve: debilidad, sudor, taquicardia

Moderada: palidez, oliguria.

Grave: shock, fallo renal con anuria, disnea, Síndrome de Seehan en el puerperio inmediato.

Manejo inicial de la hemorragia postparto

Ante una Hemorragia post parto es crucial una actuación inmediata y secuencial, se recomienda disponer de un plan de acción previamente establecido y que resulte familiar al personal de la maternidad, el obstetra ha de ser capaz de identificar si una determinada maniobra para la corrección de la hemorragia es exitosa o por el contrario insuficiente, de este modo se procura que la demora en la aplicación de medidas sucesivas sea la mínima posible.

Así mismo debe coordinarse ayuda multidisciplinaria (enfermería, anestesia, obstetras) en caso de no poder controlar la hemorragia con medidas generales.

La conducta inicial ha de centrarse en mantener y/o recuperar la estabilidad hemodinámica de la paciente. Para ello ha de instaurarse fluido terapia agresiva con suero fisiológico o Ringer Lactato a razón 3:1 (300 cc de reposición por cada 100 perdidos). En general, se debe considerar la transfusión cuando se han perdido entre 1 y 2 litros de sangre aproximadamente.

En tales circunstancias, si se administran 5 ó más concentrados de hematíes, debe añadirse plasma fresco congelado para reducir el impacto de la coagulopatía dilucional. Deben administrarse concentrados de plaquetas si el recuento de éstas desciende por debajo de 20.000 o si hay una disfunción plaquetaria. Un concentrado de hematíes incrementa el hematocrito en un 3% y

seis concentrados de plaquetas suponen una elevación de 30.000/ microL en el recuento.

Durante este tiempo, las constantes vitales (PA, pulso, saturación de O₂) han de ser monitorizadas y obtenerse analíticas seriadas cada 30 minutos. Consideraremos detener la transfusión una vez alcanzada una hemoglobina ≥ 8 gr/dl (hematocrito $\geq 21\%$), recuento plaquetario ≥ 50.000 , o tiempos de coagulación (TP y TTP) inferiores a 1,5 veces el valor control. En caso de no mantenerse saturaciones de oxígeno superiores a 92%, debe instaurarse oxigenoterapia de soporte con mascarilla. Simultáneamente ha de colocarse una sonda urinaria con la triple función de favorecer la contracción uterina (gracias al vaciado vesical), preparar a la paciente en caso de una intervención quirúrgica y controlar la diuresis.

Se considera adecuado un volumen diurético ≥ 30 ml/hora. Simultáneamente a la estabilización hemodinámica, se debe buscar e identificar la causa de la hemorragia para poder aplicar el tratamiento idóneo.

- Tratamiento etiológico de la hemorragia post-parto precoz

Es de suma utilidad conocer si se trata de una hemorragia de la tercera fase o una hemorragia post parto (HPP) verdadera. Las hemorragias postparto de la tercera fase (previas al alumbramiento de la placenta) son poco frecuentes. En este caso, debe procederse a su extracción con una tracción suave y mantenida

del cordón. Si la placenta no emerge en los 30 minutos después del parto, debe sospecharse una placenta retenida o una inserción anormal de la misma.

En el primer caso se procede a una exploración manual del útero. La extracción manual de la placenta se efectúa introduciendo una mano enguantada en la cavidad uterina y controlando el fondo con la otra mano. Se sigue el cordón umbilical hasta su inserción y se identifica el borde inferior de la placenta para proceder a su separación mediante un movimiento de sierra.

Cuando se ha desprendido por completo, se tracciona de las membranas hacia el exterior mientras que con la mano situada sobre el fondo se realiza un masaje con un movimiento rotacional. Si esto no fuese suficiente y aún permaneciesen restos intracavitarios, debería realizarse un legrado. Debido al alto riesgo de perforación del útero puerperal grande y blando, deben usarse legras de gran tamaño (legra de Pinard) y si es posible bajo control ecográfico.

Después del alumbramiento de la placenta, ésta debe inspeccionarse cuidadosamente para comprobar su integridad. En casos de placentación anormal (acretismo placentario) puede resultar imposible extraer toda la placenta sin dañar el útero (provocando, por ejemplo., inversión uterina).

En tales circunstancias, si el sangrado es controlable farmacológicamente, es preferible dejar parte de la placenta en la cavidad. En gran cantidad de ocasiones, y en función del grado de acretismo, hay que recurrir a histerectomía (Smith & B.G.).

Si ocurriese una inversión uterina, el primer paso sería detener la infusión de fármacos uterotónicos. Si el reemplazamiento manual es insatisfactorio, hay que recurrir a la administración de sustancias que relajen el útero y reintentarlo, siendo de elección la nitroglicerina (50-500 µg iv). Otras opciones son la terbutalina (0,25 mg iv) o el sulfato de Mg (4-6 g a administrar en 15-20 minutos). Si estas medidas fracasan, el siguiente paso es la recolocación quirúrgica mediante laparotomía, siendo el procedimiento más empleado la técnica de Huntington. (Balart, Idalberto, Rodríguez Tabares, López Barroso, & Estrada Hidalgo, 2014)

La colaboración con el anestesista es esencial para conseguir la total relajación del útero, siendo preferible la anestesia general con gases como halotano o enflurano, que a su vez son buen útero relajante. Tras la resolución, se administra un agente útero-tónico (oxitocina) para inducir la contracción miometrial y prevenir la reinversión y antibioterapia (cefalosporina en dosis única) para profilaxis de endometritis. Si la inversión uterina ocurriese aún con la placenta en el interior del útero, es preferible dejarla y esperar a su alumbramiento espontáneo tras la recolocación del útero ya que así no interfiere en las maniobras de restauración y extraerla antes sólo incrementa la pérdida hemática.

Se reconoce la hemorragia post parto (HPP) verdadera cuando el alumbramiento de la placenta ya ha tenido lugar. En estas circunstancias, la causa más habitual es la atonía uterina. Para corregirla, el primer paso es realizar un masaje manual

del útero con evacuación de los coágulos del segmento uterino inferior. Simultáneamente se administran de forma secuencial fármacos uterotónicos iv: Oxitocina (Syntocinon): 10 U IM ó 10-40 U/l en dilución. Es la terapéutica de primera elección en la actualidad. Es conveniente mantener la perfusión durante las siguientes 4-6 horas para mantener la eficacia.

- Metil ergonovina (Methergin): 0,25 mg IM o 0,125 mg IV cada 5 minutos (máx. 5 dosis). Contraindicado en HTA (y por tanto preeclampsia). Normalmente se usa como coadyuvante de la oxitocina en caso de que ésta fuera insuficiente.
- Prostaglandina PG F2 alfa (Carboprost, Hemabate): 250 µg IM cada 15 minutos (máx. 8 dosis). Contraindicado en asma, enfermedad hepática o cardíaca.
- Prostaglandina PG E1 (Misoprostol, Cytotec): 400-600 µg vo o vía rectal. (Dosis habitual: 4 comprimidos de 200 µg vía rectal, consiguiendo una mayor velocidad de absorción). Ventaja: puede administrarse en pacientes con asma o HTA. Pueden aparecer efectos secundarios dosis-dependiente como temblor, fiebre. Las prostaglandinas por sí solas no están autorizadas para prevenir la HPP por sus importantes efectos secundarios, pero sí pueden usarse como coadyuvantes de la oxitocina. (Cunningham & F.G, 2010).

- (Duratobal): 0,1 mg IV en bolo lento en dosis única. Se trata de un análogo sintético de la oxitocina, por lo que su rango de acción es más prolongado (>1 hora). Se elimina vía hepática por lo que está contraindicado en insuficiencia hepática, además de epilepsia, eclampsia/preeclampsia, y trastornos cardiovasculares graves. Equivale a la administración de 50 UI de oxitocina con un perfil de seguridad similar a ésta, pero con la ventaja de un menor riesgo de pérdida hemática >200 ml y una menor necesidad de masaje uterino y administración extra posterior de oxitocina.

No se recomienda su administración conjunta con PG ni con oxitocina. No se han descrito interacciones con fármacos anestésicos usados tanto en anestesia epidural como raquídea. En caso de sobredosis puede producir hipertonia y tetania (que pueden conducir a una rotura uterina y HPP) e hiponatremia que puede llegar a provocar una verdadera intoxicación acuosa con somnolencia, cefalea, convulsiones y coma. (Cunningham & F.G, 2010).

El tratamiento consiste en la administración de O₂, regular el balance hidroelectrolítico con inducción de diuresis y administración de anticonvulsivantes si precisa. En la actualidad se considera de primera elección en caso de coagulopatía o hemorragia preparto, sobredistensión uterina, útero polimiotomado, rotura e inversión uterina. Si tras la aplicación de masaje junto con la administración de uterotónicos la HPP no cede y hemos descartado/tratado otras causas distintas de la atonía (retención placentaria, desgarros del

canal genital, inversión uterina, ruptura uterina), habrá que recurrir a maniobras terapéuticas más agresivas.

La primera de estas medidas es el taponamiento uterino; existen balones específicamente diseñados para este propósito como es el balón de Bakri, pero si no está disponible puede usarse una sonda balón de Sengstaken-Blakemore. Ambos modelos se basan en un mecanismo de actuación por compresión (se rellenan con aprox. 500 ml de suero salino) una vez han sido introducidos correctamente a través del canal cervical. Así mismo disponen de orificios para el drenaje sanguíneo. Actualmente es un procedimiento poco usado y más como puente a la espera de una cirugía resolutive que como método definitivo para detener la HPP.

No obstante, en ocasiones puede suponer por sí solo una medida eficaz en el control de la HPP, evitando recurrir a técnicas quirúrgicas. En cualquier caso, deben retirarse tras 24 horas. El siguiente paso es la embolización arterial selectiva mediante cateterización por radiología intervencionista. El cateterismo se realiza de forma retrógrada hasta llegar a la bifurcación aórtica. El objetivo de esta técnica es disminuir de forma transitoria y no permanente el flujo sanguíneo de modo que los mecanismos fisiológicos de coagulación actúen por sí solos. (H. & Alfirevic, 2007)

El inconveniente de este procedimiento es su escasa disponibilidad. Su ventaja: realizada por un equipo especialista presenta una eficacia del 70-100% con el

añadido de preservar la fertilidad. De este modo, la ligadura arterial pasa a ser una de las maniobras más utilizadas ya que es fácil y rápida de realizar y por supuesto es accesible cualquiera que sea el centro donde se practique.

La ligadura uterina bilateral ha pasado a ser la técnica de primera elección, desplazando a un segundo plano la ligadura de las arterias ilíacas internas (arterias hipogástricas), debido a su mejor accesibilidad y a su localización no tan próximas a uréteres o venas ilíacas, lo que le confiere un mayor porcentaje de éxito al disminuir complicaciones iatrogénicas. La principal causa de fracaso son las inserciones placentarias anómalas; aun así, la eficacia es superior al 90%. No se han descrito complicaciones como necrosis uterina o insuficiencia placentaria en embarazos posteriores.

Se puede realizar una ligadura arterial progresiva que, como su nombre indica, consiste en devascularizar los pedículos vasculares aferentes al útero de manera escalonada, de modo que, si tras 10 minutos la hemorragia no se cohibe, se pasa al siguiente pedículo. (H. & Alfirevic, 2007).

En el orden es el siguiente:

- Ligadura de la rama ascendente de la arteria uterina.
- Ligadura la arteria uterina contralateral.
- Ligadura baja de ambas uterinas y de sus ramas cérvico-vaginales.
- Ligadura de pedículo lumbo-ovárico unilateral.

- Ligadura de pedículo lumbo-ovárico contralateral.
- Por último, antes de recurrir a la histerectomía, puede recurrirse a la plicatura.

La plicatura es una técnica que se basa en la compresión del útero mediante suturas transmurales, siendo la más conocida y aplicada la plicatura de B -Lynch. Ésta consiste en una sutura continua que abraza el útero en su longitud.

La indicación más frecuente para su realización es la atonía uterina postcesárea. El resultado es similar al que obtendríamos con una compresión manual continuada del útero. Por tanto, es lógico comprobar, previo a su realización, que la hemorragia cede con la compresión manual del fondo uterino.

La histerectomía es el último recurso ante una hemorragia post parto (HPP); gracias a las técnicas anteriormente descritas, actualmente no es tan frecuente tener que recurrir a ella, salvo fracaso de las medidas anteriores, roturas uterinas irreparables o acretismo placentario, siendo esta última la indicación más frecuente de histerectomía hoy en día después de la atonía. La técnica de elección es la histerectomía total con conservación de anejos. Al hacerla de forma total hay que tener cuidado para no acortar excesivamente la vagina; esto se consigue palpando el cérvix vía vaginal o amputando el fondo uterino y explorando la unión cérvico-vaginal a través del cuello dilatado.

Si a pesar de controlar la hemorragia tras la histerectomía postparto tiene lugar una coagulopatía de consumo (CID), lo correcto es colocar un taponamiento

pélvico durante 24 horas y puede considerarse la administración de factor VII recombinante (90 µg/kg en bolo i.v). El inconveniente de su uso radica en su disponibilidad debido a su elevado costo. Además, aumenta el riesgo de sufrir un tromboembolismo secundario. Se ha probado con éxito en casos de hemorragia por hemofilia A y B y otras coagulopatías congénitas. En casos de hiperfibrinólisis puede asociarse ácido tranexámico. (Ahonen J, 2005).

Prevención de la hemorragia post-parto

El conocimiento de la existencia de factores de riesgo es de gran ayuda a la hora de prevenir una HPP, pero hay que recordar que 2/3 de los casos se dan en mujeres sin ninguno de estos factores. Es por ello que debemos actuar de forma sistemática y universal en la fase de alumbramiento de todos los partos mediante una conducta activa, que puede resumirse en los siguientes pasos. (Ahonen J, 2005).

- Administración de un uterotónico, siendo de elección la oxitocina
- Clampaje y sección precoz del cordón umbilical
- Tracción suave y mantenida del mismo
- Masaje uterino tras alumbramiento

Hemorragias de la segunda mitad del embarazo

A este grupo de hemorragias corresponden la placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y ruptura uterina

- Placenta previa

Es la implantación de la placenta en el segmento uterino inferior. El cuadro clínico se caracteriza por hemorragia indolora y sin causa aparente durante el tercer trimestre de la gestación. La mujer con placenta previa siempre debe ser atendida como una urgencia, su manejo es hospitalario, en una institución de alta complejidad. En caso de remisión se requiere suministrar previamente líquidos endovenosos y tomar muestra para hemoclasificación, prueba cruzada y hemograma. (Instituto Clínico de Ginecología, 2015, p. 1-15).

- Desprendimiento prematuro de placenta (Abruptio placentae)

Es la separación total o parcial de la placenta que está normalmente insertada. Su manejo es hospitalario, en centros de alta complejidad y se debe remitir siempre a la paciente con líquidos endovenosos y en ambulancias dotadas adecuadamente. Es preciso tomar muestras para prueba cruzada, hemoclasificación y hemograma.

Causas de Hemorragia Post parto Anormal

- Dificultad de hemostasia en el lugar de implantación placentaria
- Hipotonía Uterina
- Retención de restos placentarios
- Trabajo de parto prolongado

- Expulsivo muy rápido
- Uso prolongado de oxitócicos o betamiméticos
- Multiparidad
- Hipoperfusión uterina (por hipotensión debida a sangrado o post analgesia regional conductiva)
- Anestesia con halogenados.
- Sobredistensión uterina (gestación múltiple, polihidramnios, feto grande)
- Infección (corioamnionitis, miometritis)
- Abruption placentae.
- Hipotonía uterina primaria.
- Placenta adherente (accreta, increta, percreta)
 - Ruptura uterina
 - Cicatrices uterinas previas (cesárea, miomectomía)
 - Parto prolongado
 - Uso inadecuado de oxitócico
 - Feto grande
 - Presión fúndica para acelerar el expulsivo (maniobra de Kristeller). Nunca se debe realizar
 - Trastornos de Coagulación (Adquiridos o congénitos)

Diagnóstico

Lo principal es hacer un diagnóstico precoz para un adecuado tratamiento y prevención de complicaciones. El médico que atiende un parto debe estar atento durante el alumbramiento ante cualquier sangrado anormal después del alumbramiento, se debe vigilar estrechamente a la paciente para detectar hemorragias inusuales puesto que es en éste periodo cuando más complicaciones hemorrágicas aparecen.

El médico jamás debe dejar sin atención a la paciente en el alumbramiento y debe siempre estar seguro de que no hay ningún problema antes de enviarla a su habitación, Se debe recomendar vigilancia del sangrado en las primeras horas del postparto. Cuando se detecta un sangrado postparto anormal se debe buscar prontamente su causa y de inmediato iniciar tratamiento, el cual debe hacerse mientras se encuentra la causa del sangrado, porque usualmente los sangrados obstétricos son cataclísmicos y no dan espera.

Se deben descartar las causas más frecuentes como la hipotonía uterina y los desgarros cervicovaginales; la primera se diagnostica cuando al palpar el útero, este se encuentra blando, a diferencia de la usual palpación del globo de seguridad uterino; Se debe hacer especuloscopia o usar valvas de separación y una buena fuente luminosa, para diagnosticar los desgarros a través de visualización directa.

La inversión uterina es de muy fácil diagnóstico pues no se palpa el útero a nivel abdominal y aparece en el canal vaginal o a veces sobresaliendo del periné una masa violácea, hemorrágica que corresponde al útero invertido. En la revisión uterina se pueden diagnosticar las lesiones uterinas, ya sea ruptura en un útero sin cicatrices o dehiscencia de una cicatriz anterior; estas se clasifican en dehiscencias parciales o totales de acuerdo a la extensión de la lesión en la zona de la cicatriz y en completas o incompletas si comprometen el peritoneo o no.

Los trastornos de coagulación se deben sospechar cuando hay evidencia de sangrado en otras zonas como cavidad oral, piel, tracto gastrointestinal y se deben confirmar con exámenes de laboratorio.

En la hemorragia postparto es principalmente el criterio clínico el que orienta el diagnóstico, sin embargo, en los casos de trastornos de coagulación se requieren pruebas de laboratorio. El primer paso ante una hemorragia postparto es canalizar una vena; se aconseja aprovechar para tomar una muestra de sangre que permita hacer un hemograma completo, hemoclasificación, plaquetas y pruebas de coagulación. De esta forma se tiene la posibilidad de reservar sangre y de valorar el estado de coagulación de la paciente.

- Manejo

El mejor tratamiento es la prevención y la hemorragia anormal del postparto no es la excepción. Cuando una mujer gestante tiene cualquiera de los siguientes factores de riesgo, deben preverse posibles complicaciones hemorrágicas.

- Factores de Riesgo

- Multiparidad.
- Sobre distensión uterina
- Infección intrauterina
- Trabajo de parto prolongado
- Expulsivo rápido
- Uso de oxitócicos o betamiméticos
- Antecedente de cesárea o miomectomía previas
- Antecedente de sangrado postparto en gestaciones anteriores
- Antecedente de retención placentaria
- Sospecha de coagulopatía
- Anemia

La prevención de las complicaciones de una hemorragia intra o postparto incluye las siguientes actividades: (Karlsson & Pérez Sanz, 2009).

- Asegurar una buena vía venosa
- Disponer de exámenes paraclínicos que permitan ver el estado de la paciente
- Reservar sangre del tipo de la paciente y en algunos casos asegurando la posibilidad de sala de cirugía y del recurso humano capacitado para manejar una posible complicación, lo cual puede

incluir la remisión de la mujer con factores de riesgo desde el control prenatal a un nivel de atención superior.

En estas pacientes con factores de riesgo es recomendable realizar revisión uterina y un goteo oxitócico profiláctico en el postparto. Cuando el sangrado postparto se ha instaurado, el esquema de tratamiento sugerido es el siguiente:

- Canalizar vena periférica e iniciar goteo de Cristaloides, tomar muestra para reservar sangre, hemograma, hemoclasificación y pruebas de coagulación.
- Si hay hipotonía hacer masaje uterino, revisión uterina y goteo oxitócico.
- No se debe utilizar oxitocina en bolo intravenoso, sino diluirla siempre en goteo, para evitar efectos secundarios.
- En hipotonía que no cede al manejo anterior, se puede usar oxitocina intramiométrica, continuar masaje y goteo oxitócico.
- Tener precaución con el uso de derivados del cornezuelo del centeno.
- Ante persistencia: del sangrado, se debe hacer taponamiento uterino y si no cede se debe hacer laparotomía. (Karlsson & Pérez Sanz, 2009)

Se consideran de carácter opcional las siguientes actividades:

- Aplicar oxitocina intramiometrial
- Hacer masaje directo uterino
- Aplicar torniquete uterino
- Realizar ligadura de arterias uterinas
- Realizar ligadura de arterias hipogástricas y ováricas
- Histerectomía

Si el taponamiento uterino fue efectivo:

- Dejarlo máximo por 6 horas
- Retirar solamente cuando haya sangre y posibilidad quirúrgica disponible y con goteo oxitócico permanente
- Iniciar antibioticoterapia
- Si hay sangrado sin hipotonía se debe hacer revisión uterina para ruptura uterina), y revisión del canal del parto (cérvix - vagina)
- Si el sangrado se acompaña de intenso dolor y no se palpa útero supra umbilical se trata de una inversión uterina.

Su tratamiento incluye las siguientes acciones:

Reversión uterina, aplicar oxitocina en goteo y dejar la mano en el interior del útero hasta que haya buen tono.

El manejo quirúrgico depende de la experiencia del médico tratante, así como de los recursos de la institución, este puede variar desde un simple torniquete en el útero, hasta una histerectomía total o subtotal, pasando por la ligadura de arterias ováricas e hipogástricas e incluso en manos menos expertas ligadura de arterias uterinas.

Determinantes en Salud

Los determinantes de la salud son propiedades basadas en el estilo de vida afectadas por amplias fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen la calidad de la salud personal. Estos atributos incluyen pero no se limitan a la enseñanza, el empleo el nivel de ingresos y la distribución, la vivienda, el desarrollo infantil, la seguridad alimentaria y la nutrición, la raza, el género y el estrés.

Se ha demostrado que dichos factores tienen asociaciones marcadas con los riesgos para diferentes enfermedades, la esperanza de vida y la morbilidad de por vida. En las últimas décadas, las crecientes disparidades de salud en los países desarrollados y entre países en vías de desarrollo y los países desarrollados han sido asociadas con estos factores sociales.

Mientras los trabajadores de salud pública y los políticos tratan de reducir esta brecha, se enfrentan a retos en el diseño e implementación de programas que

sean lo suficientemente amplio como para abordar cuestiones que tienen relaciones complejas y causales, de largo plazo con vías de enfermedades específicas. Sin embargo, tanto la motivación como la acción eficaz para desarrollar la investigación y los métodos de intervención seguirán creciendo en este campo de la salud pública. (Delange, y otros, 2011).

La tarea de los Determinantes Sociales de la Salud consiste en “Subsanar las desigualdades en una generación”

- a) Inequidades en cuanto al poder y la influencia asociados con la desigualdad de los ingresos y de la situación social y económica,
- b) Inequidades en cuanto a la exposición al estrés, las toxinas ambientales y otras condiciones adversas, y
- c) Inequidades en cuanto a las consecuencias de la discriminación y el acceso desigual a servicios.

La concientización generalizada sobre estos factores ha ayudado a alcanzar el consenso sobre la necesidad de adoptar medidas y sobre las situaciones más amplias en las que se debe intervenir dado que contribuyen a producir estos resultados desiguales. Entre los componentes de los determinantes sociales tenemos el componente esencial 5: que mide la vigilancia del progreso: medición y análisis para fundamentar las políticas y desarrollar la responsabilidad sobre los determinantes sociales

- Establecer o fortalecer los sistemas de vigilancia sanitaria a fin de que sean más integrales y vayan más allá de los sistemas de vigilancia epidemiológica de las enfermedades y los factores de riesgo.
- Promover la recopilación eficaz de datos a nivel local.
- Integrar los datos para que puedan ser aprovechados por los diferentes servicios.
- Usar los datos para fundamentar la toma de decisiones.
- Interpretar los datos en todo el sistema usando depósitos nacionales de datos.
- Asegurarse de que los indicadores sean “SMART” (por sus siglas en inglés correspondientes a “específicos, medibles, viables, pertinentes y con plazos establecidos”).
- Fortalecer la capacidad de introducir datos en los sistemas y de interpretar los datos para garantizar la sostenibilidad y la coherencia.
- Usar la información sanitaria (la carga de morbilidad, la mortalidad por causa y por grupos y la morbilidad) como un recurso para establecer planes nacionales de desarrollo y puntos de comparación, guiar los planes nacionales de salud, evaluar su desempeño y establecer criterios para la distribución de los recursos.
- Diseñar iniciativas para educar e informar al público en general acerca de lo que está haciendo el gobierno a fin de velar por la transparencia y la rendición de cuentas.

- Recopilar y analizar información sobre los determinantes en dos niveles: para guiar la toma de decisiones y para vigilar si la medida que se tomó está generando los efectos deseados.
- Fortalecer el liderazgo del sector de la salud para guiar el proceso de recopilación, análisis y utilización de la información.
- Intercambiar información sobre lo que están haciendo los países y otros sectores con respecto a los datos, con el fin de obtener ejemplos y modelos que mejoren los ya implantados. (Determinantes de Salud en las Américas, 2012. P.9)

IV METODOLOGÍA

El presente estudio tiene un diseño, observacional con enfoque cuantitativo, transversal retrospectivo ya que se utilizó la información proporcionada por la base de datos elaborada por la Secretaría de Salud dentro del estudio macro para actualizar la razón de mortalidad materna de Honduras correspondiente al año 2009; donde se utilizó la metodología RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey), para la captación de las muertes de mujeres en edad fértil.

Reducir la mortalidad materna e infantil ha sido una prioridad para la Secretaría de Salud en Honduras (SESAL) por lo menos en los últimos 30 años, por lo que periódicamente se han realizado diferentes mediciones y análisis que han permitido orientar las políticas e intervenciones de salud para su abordaje. La RMM fue medida oficialmente, utilizando la Monitoring & Evaluation Support for Collaborative Learning and Adapting (MESCLA), metodología RAMOS en 1990 y posteriormente en 1997 y en 2009.

Los resultados de las mediciones han permitido establecer una tendencia de esta razón y fortalecer el sistema de vigilancia sostenida de la mortalidad materna. A pesar de que se ha establecido una tendencia descendente, en los últimos años se ha estabilizado. Este fenómeno de estabilización puede estar influenciado por un alto valor del sub-registro, que por recomendación de la Organización

Panamericana de la Salud (OPS) debe aplicarse a los datos obtenidos por los procesos de investigación y reporte de defunciones.

Haciendo énfasis en la búsqueda activa de casos de mujeres en edad fértil (15-45 años) fallecidas, utilizando las definiciones de caso y los instrumentos definidos por el subsistema de vigilancia de la mortalidad materna; tales como: Ficha de vigilancia de las muertes de mujeres en edad fértil (IVM-1), Ficha de investigación de las muertes relacionadas con el embarazo en la comunidad (IVM-2A) y Ficha de investigación de caso de defunciones relacionadas con el embarazo ocurridas en hospitales (IVM-2B).

La misma fue realizada bajo la conducción de la Dirección General de Vigilancia de la Salud y participó personal que labora en la Secretaría de Salud. Los investigadores fueron profesionales de la Salud egresados de la Maestría en Epidemiología, Egresados del Programa de Entrenamiento en Epidemiología de Campo (PRENEC), maestrantes del Posgrado en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), alumnos de los cursos en los Módulos de Epidemiología II y otras formaciones relacionadas.

Las fuentes consultadas para la captación de los casos fueron las descritas en la Guía de Vigilancia de la Mortalidad Materna. A iniciativa de la Maestría en Salud Pública/FCM de la UNAH, se logra armonizar con la Secretaria de Salud (SESAL)

para desarrollar proyectos de tesis a partir de las bases de datos y 40 expedientes de información, proporcionados por la Dirección General de Vigilancia para la Salud (DGVS) de la SESAL.

Para el presente estudio se tuvo acceso a los expedientes y a la base de datos proporcionada por la Dirección General de Vigilancia de la Salud de la Secretaría de Salud, como resultado de la iniciativa propuesta por la Maestría en Salud Pública, se obtuvo la nueva base de datos depurada por la DGVS la cual fue enviada en formato de Excel 2010.

Como en los estudios anteriores, el trabajo de recolección de información básica se realizó en el marco de las actividades que ya se llevaron a cabo, por personal técnico de la Unidad de Vigilancia de la Mortalidad Materna de la SESAL, a través del personal de vigilancia de las oficinas regionales y los responsables de esta actividad a nivel de las Redes Integradas de Servicios de Salud, con la colaboración de un Comité Técnico Nacional. Por su parte, USAID/Honduras, brindó asistencia técnica y financiera para la ejecución de este estudio.

Variables del Estudio

- **Indicadores demográficos:** sexo, edad, estado civil, escolaridad, profesión u oficio y procedencia.
- **Indicadores obstétricos:** edad, gestas, número de controles de embarazo, lugar de residencia.
- **Indicadores muerte materna:** Tipo de parto, lugar del parto, personal que atiende el parto, momento de muerte materna, detalle del momento de muerte materna, demora de la muerte materna, causa específica de muerte materna, causa directa de muerte materna, muerte materna definida, muerte materna por departamento, por municipio y por mes.
- **Tasa de mortalidad materna:** Número de muertes maternas durante un determinado período de tiempo por 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo.

Técnica e Instrumento de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos del presente estudio son de tipo cuantitativa, ya que se utilizó los expedientes de la población objeto de estudio, en los diferentes hospitales del país, establecimientos de salud del primer nivel de atención y registros de las regiones de salud.

Población y muestra: se encontraron 40 casos documentados de Muerte Materna por causa Hemorrágica en Honduras en el 2009, por lo que se hizo análisis de todos los expedientes encontrados en los diferentes Hospitales y Regiones de Salud del país.

Técnica de Análisis: se analizaron los efectos de las variables demográficas, riesgo obstétrico y caracterización de la Muerte Materna en la Población objeto de estudio; se realizó análisis estadístico en el paquete estadístico Spss versión 20.0 y las gráficas en Excel.

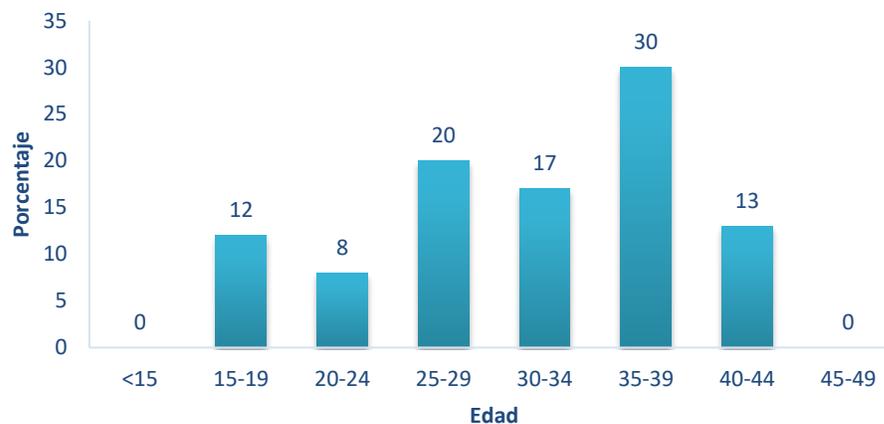
Criterios de Inclusión: Todas las pacientes que fallecieron por muerte materna de causa hemorrágica durante el año 2009.

Exclusión: se excluyen otras causas de muerte materna (traumas, hipertensión arterial, sepsis y otras causas indirectas).

V RESULTADOS

Según la caracterización socio demográfica de los casos de muerte materna la media de las pacientes que fallecieron por causa hemorrágica fue de 30 años (con un rango de edad mínimo de 15 años y máximo de 42 años), siendo el rango de población más afectado de 36 a 39 años con 12 casos (30%); le sigue la población de 25 a 29 y 30 a 34 con 15 casos cada uno para un (37.5%), respectivamente, la población en el rango de 15 a 19 años fue de 5 casos (12.5%); la población de 20 a 24 años 3 casos (7.5%) y en el rango de edad de 40 a 44 años fue de 5 casos (12.5%); en este estudio no hubo fallecidas menores de 14 años y mayores de 45 años respectivamente. (ver gráfico 1).

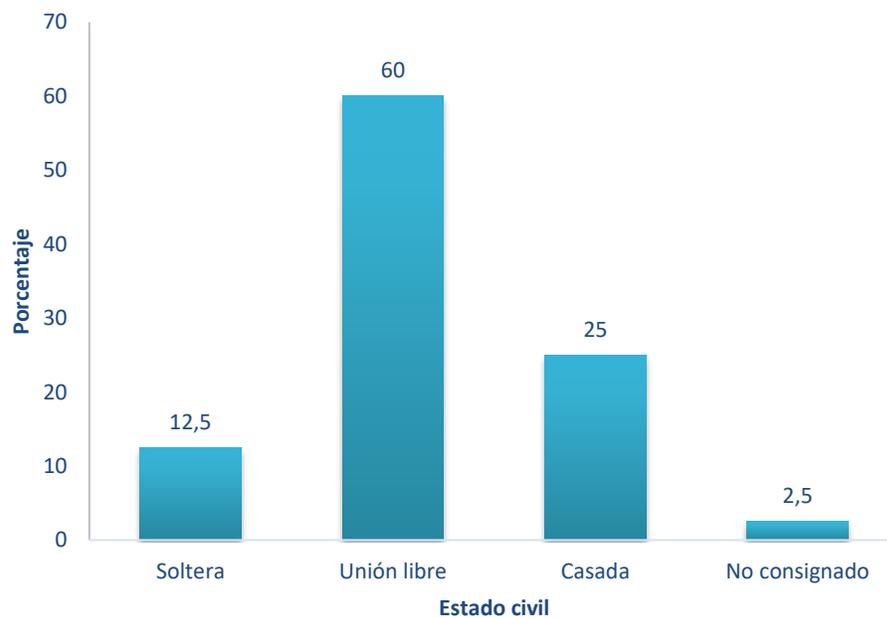
Gráfico No. 1: Muerte Materna por causa hemorrágica, según edad, Honduras, C. A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En lo que se refiere a estado civil el 60% (24) de la población vivía en unión libre, el 25% (10) eran casadas, el 12.5% eran solteras y el 2.5% (1) no lo consignaron en el expediente. (Ver gráfico 2).

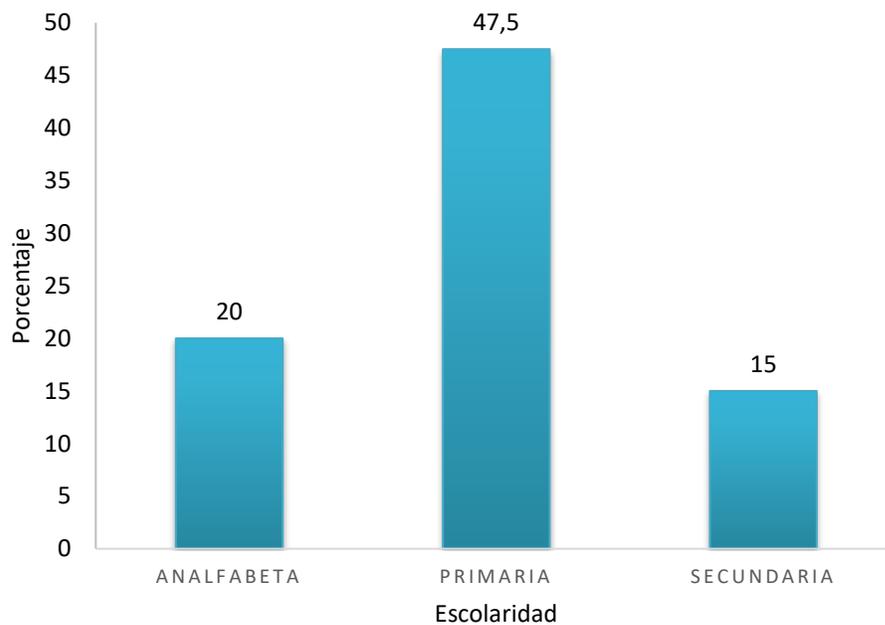
Gráfico No. 2: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según estado Civil, Honduras C.A, Año 2009.



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Referente a la escolaridad el 47.5% (19) de las mujeres tenían educación primaria, el 20% (8) eran analfabetas, el 15% (6) con educación secundaria, y el 17.5% (7) no fue consignado en el expediente. (ver gráfico 3).

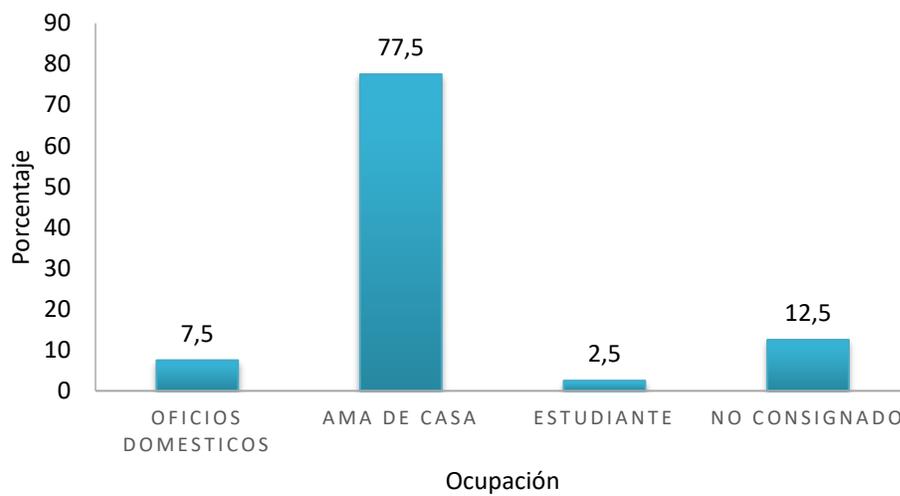
Gráfico No. 3: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según Escolaridad, Honduras C.A, año 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En lo que se refiere a la ocupación de las mujeres el 77% (31) eran amas de casa, el 7.5% (3) se dedicaban a los oficios domésticos, 2.5% (1) era estudiante y el 12% (5) no fue consignado en el expediente (ver gráfico 4).

Gráfico No. 4: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según Ocupación, Honduras C.A, año 2009.

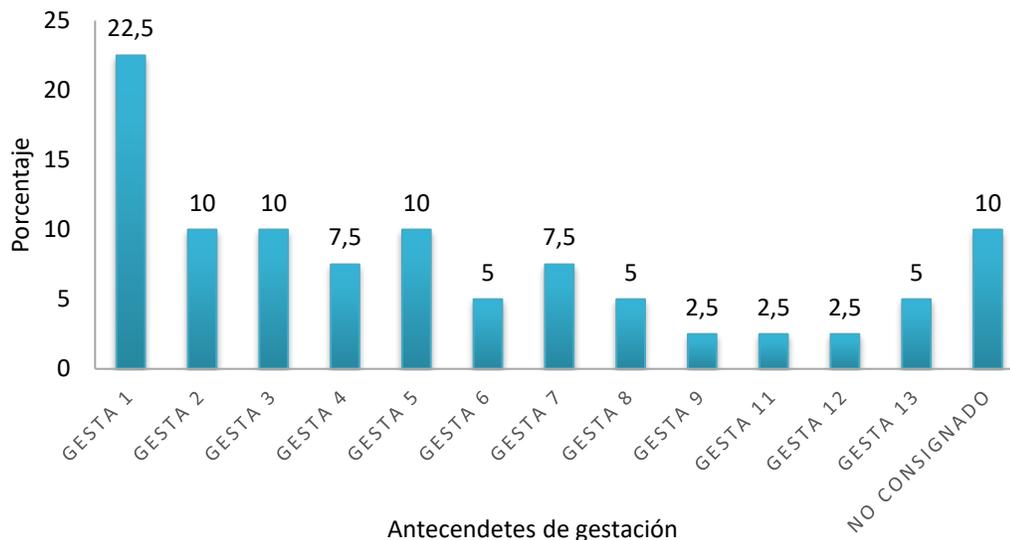


Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL.

En relación al Riesgo Obstétrico según gestas anteriores el 22.5% (9) eran gesta 1, el 10% (5) era gesta 2, el 10% gesta 3, el 7.5% gesta 4, el 10% gesta 5, el 5% gesta 6, el 7% gesta 7, el 5% gesta 8, el 2% gesta 9. El 2% gesta 11, el 2% gesta 12, el 5% gesta 13 y el 10% no fue consignado en el expediente.

Lo anterior refleja que el 38% de las mujeres eran grandes multíparas por gestación mayor de 4. (Ver gráfico 5).

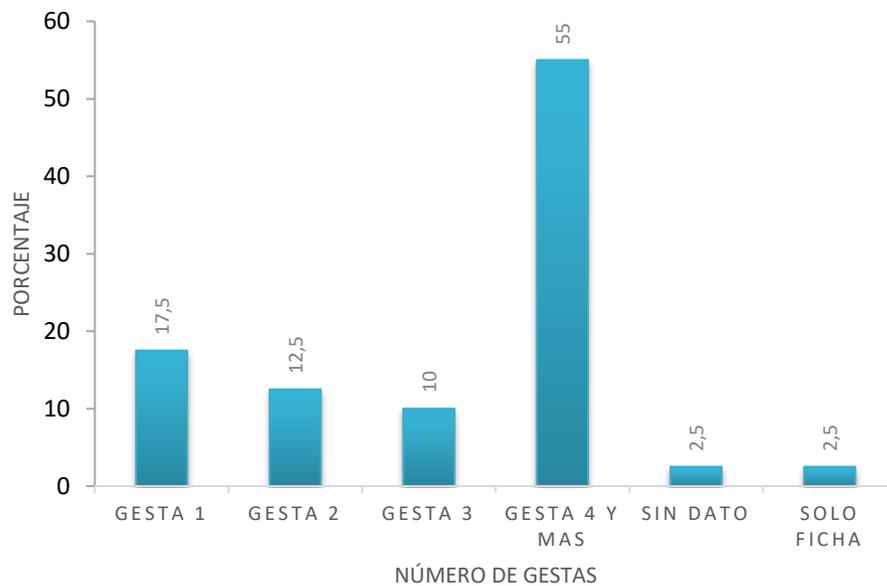
Gráfico No. 5: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según Antecedentes de Gestas, Honduras C.A, año 2009.



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Con respecto a la Multiparidad el 55% (22) de las fallecidas eran múltiparas, mientras el 40% (16) estaban entre gesta 1 y gesta 3 y el 5% (2) casos restantes no estaban consignados en el expediente. (ver gráfico 6)

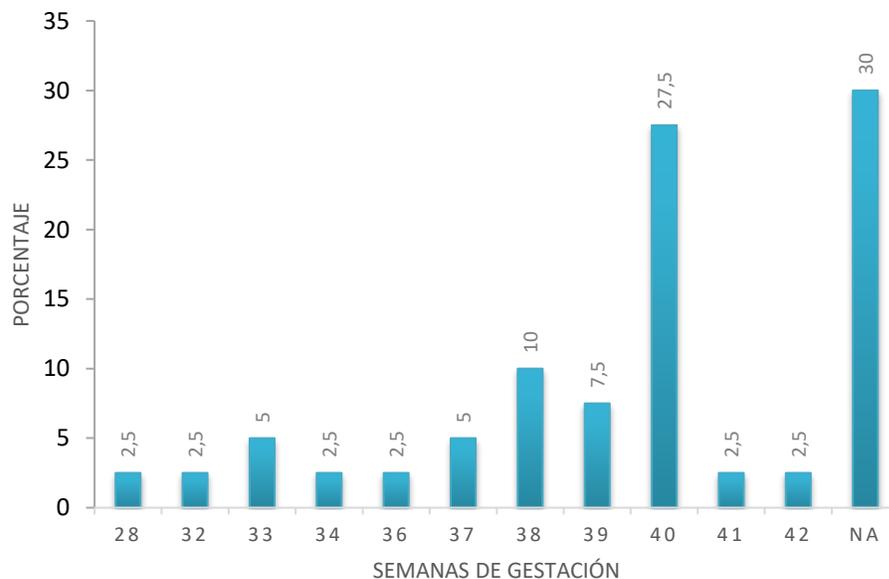
Gráfico No. 6: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según Antecedentes de Multiparidad, año, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Según las semanas de gestación el 28% (11) tenían 40 semanas de gestación, el 10% (4) estaba en la semana 38, el 8% (3) en la semana 39 de gestación mientras que el resto (25%) estaba en las semanas 37 a la 28; el 30% (12) no estaba consignada en el expediente la información. (ver gráfico 7)

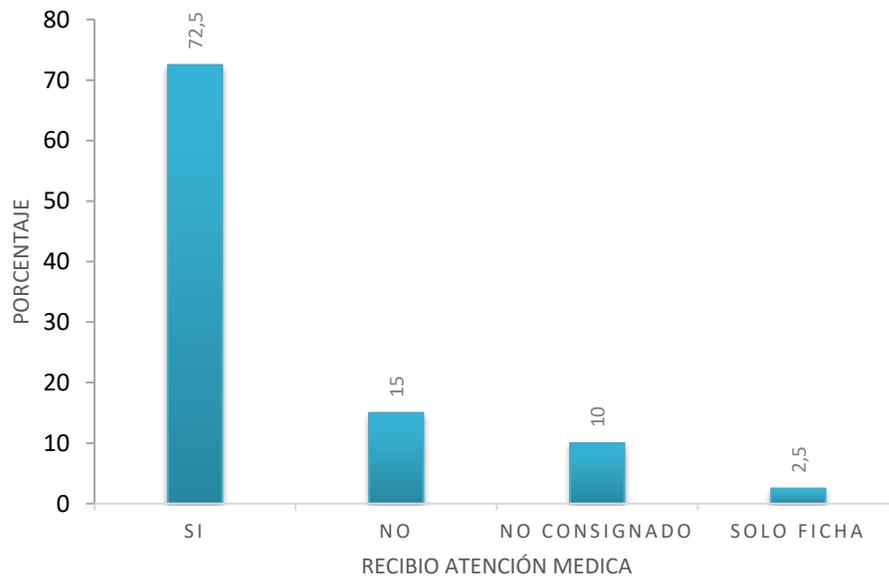
Gráfico No. 7: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según Semanas de Gestación, Honduras, C.A, año, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En lo que respecta a la atención médica el 73% (29) de las fallecidas recibieron atención médica, mientras que el 15% no recibió ninguna atención médica y el 12% restante no fue consignado en el expediente. (Ver gráfico 8).

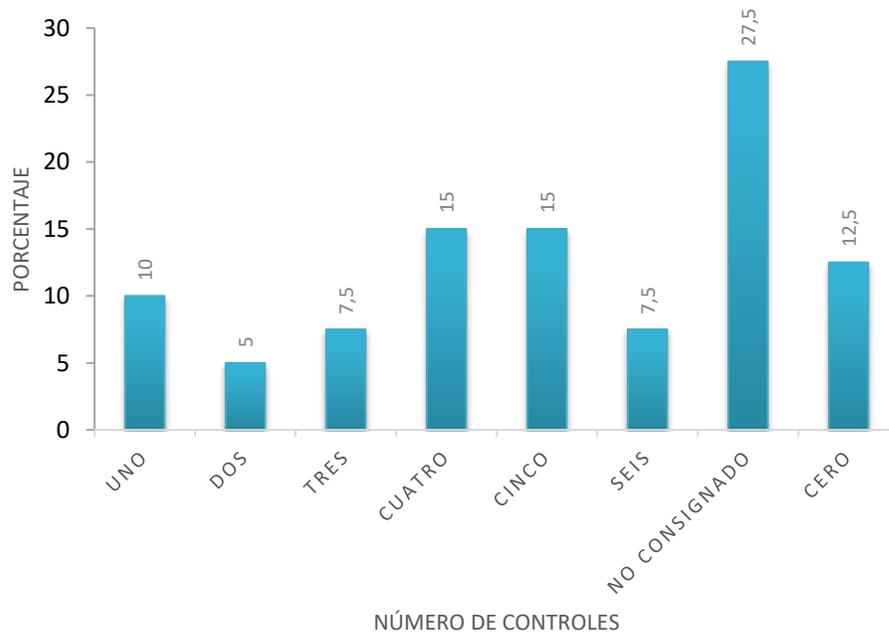
Gráfico No. 8: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según Antecedentes de Atención Médica, Honduras C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Referente al control de embarazo el 30% (12) de las fallecidas recibieron entre 4 y 5 controles de embarazo, el 7.5% (3) recibió 6 controles de embarazo, el 7.5% (3) recibió 3 controles de embarazo, el 5% recibió dos controles de embarazo, el 10% recibió un control de embarazo, el 12.5% (5) no tuvo control de embarazo, y el 28% no fue consignado en el expediente. Los últimos tres datos reflejan que al 50, % de las gestantes no se vigiló la evolución del embarazo por lo que no se preparó a la madre para el parto. (ver gráfico 9)

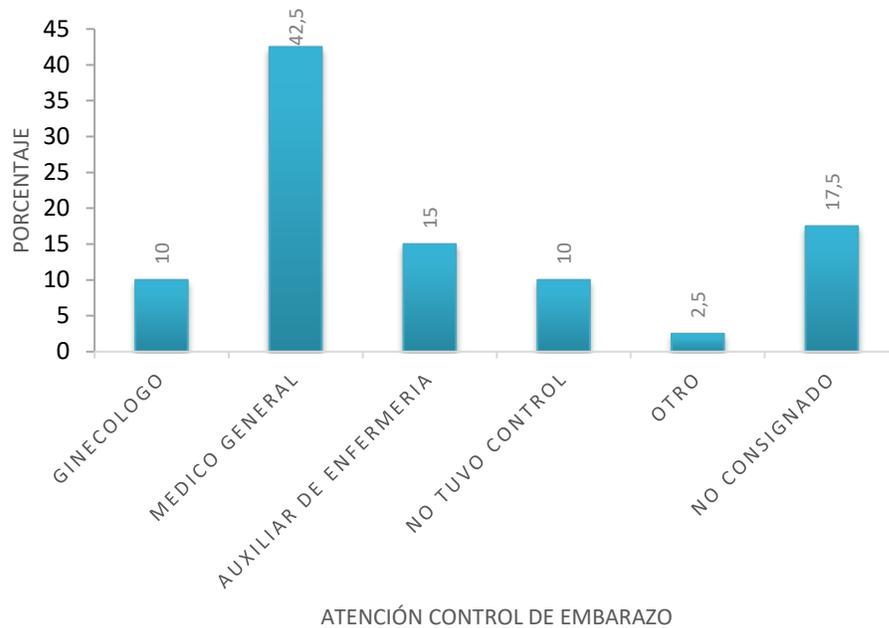
Gráfico No. 9: Muertes Maternas por causa hemorrágica según número de Controles de Embarazo, Honduras C.A, Año 2009.



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En relación a los controles de embarazo el 42.5% fue realizado por médico general, el 15% por personal de enfermería y el 10% por médico especialista en gineco-obstetricia, mientras que el 17.5% no fue consignado en la ficha, un 10% no tuvo control y otros un 2.5% (ver gráfico 10)

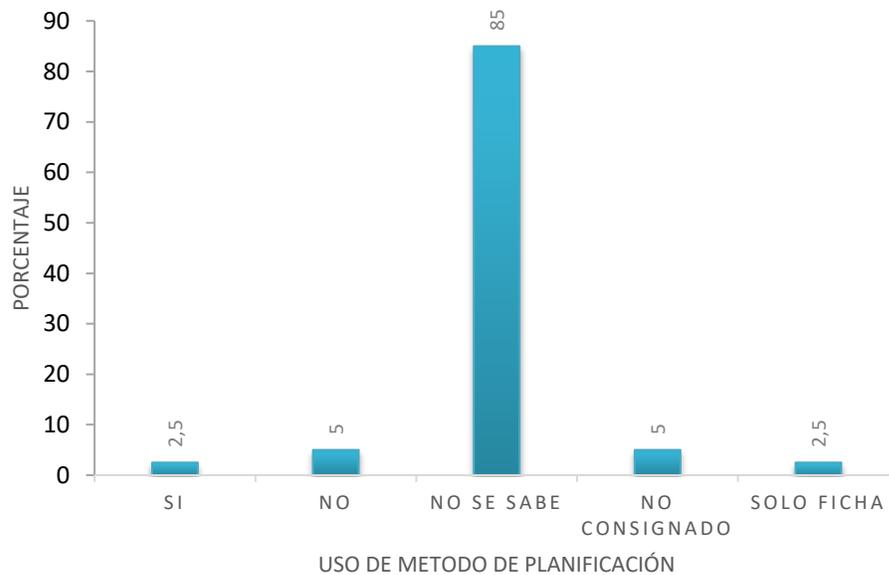
Gráfico No. 10: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según personal atención control de embarazo, Honduras C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En cuanto a métodos de planificación familiar el 2.5% (1) si usaba método anticonceptivo, el 5% (2) no usaba ningún método, el 85% (34) no se sabe, el 5% (2) no fue consignado y el 2.5% solo tenía la ficha. (ver gráfico 11)

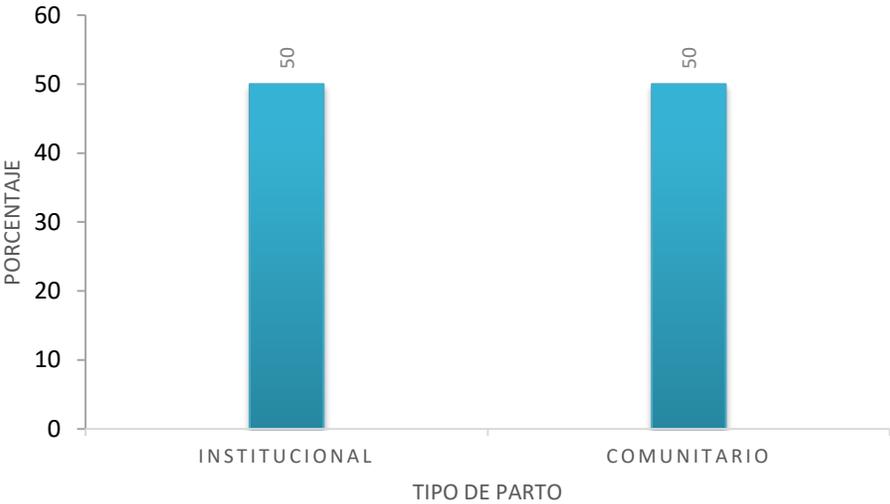
Gráfico No. 11: Muertes Maternas por causa hemorrágica según uso de Método de Planificación Familiar, Honduras, C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En relación al tipo de parto el 50% (20) de las fallecidas tuvo parto institucional, y el 50% (20) parto comunitario. (ver gráfico 12)

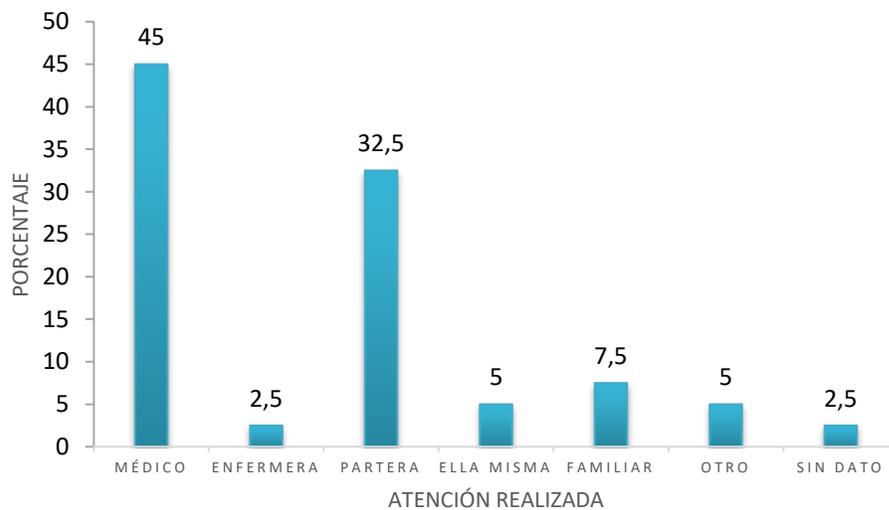
Gráfico No. 12: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según Tipo de Parto, Honduras, C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En cuanto al profesional que atendió a las fallecidas el 45% (18) de las fue atendida por médico, el 32% (13) fue atendida por partera, el 7.5% (3) por un familiar, el 5% (2), fue atendida por otras personas, el 2.5% (1) por una enfermera auxiliar, y un 2.5% (1) restante que no fue consignado en el expediente. (ver gráfico 13)

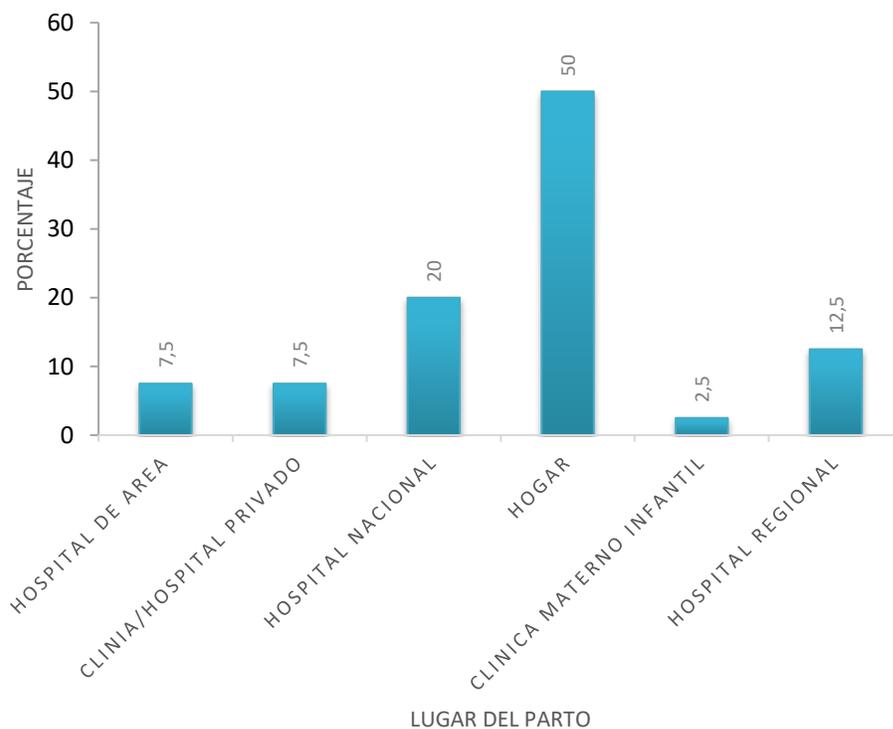
Gráfico No. 13: Muertes Maternas por Causa Hemorrágica según Personal que Atendió los Partos, Honduras, C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Con relación a los partos el 50% (20) ocurrieron en el hogar de las fallecidas, el 20% (8) ocurrió en un hospital nacional, 12.5% en un Hospital Regional, el 7.5% (3) en un Hospital de Área, el 7.5% (3) en clínica y/o hospital privada, el 2.5% (1) en una clínica materno infantil. (ver gráfico 14)

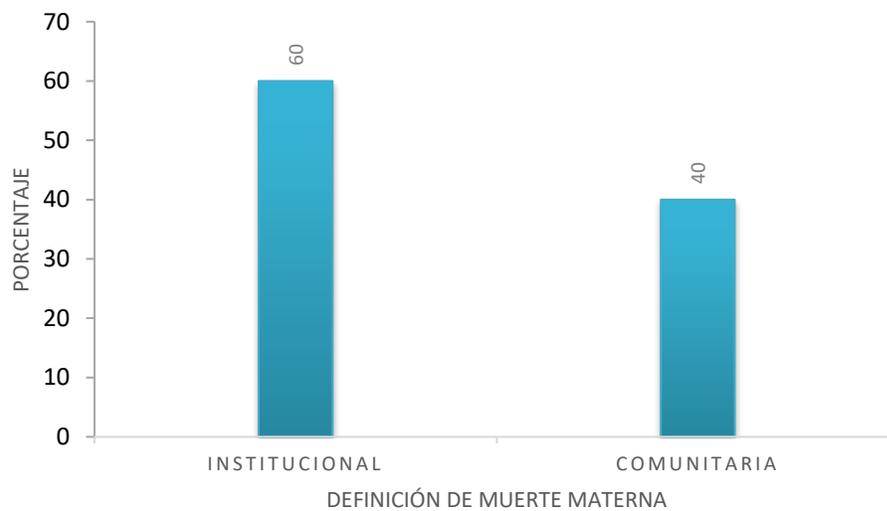
Gráfico No. 14: Muertes Maternas por Causa Hemorrágica según Lugar de Atención del Parto, Honduras, C.A 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL.

Según el lugar de la de Muerte Materna por causa hemorrágica el 60% (24) de las muertes fueron definidas como institucionales, y el 40% (16) fue definidas comunitarias. (ver gráfico 15)

Gráfico No. 15: Muerte materna Definida por Causa Hemorrágica según lugar, Honduras C.A, 2009

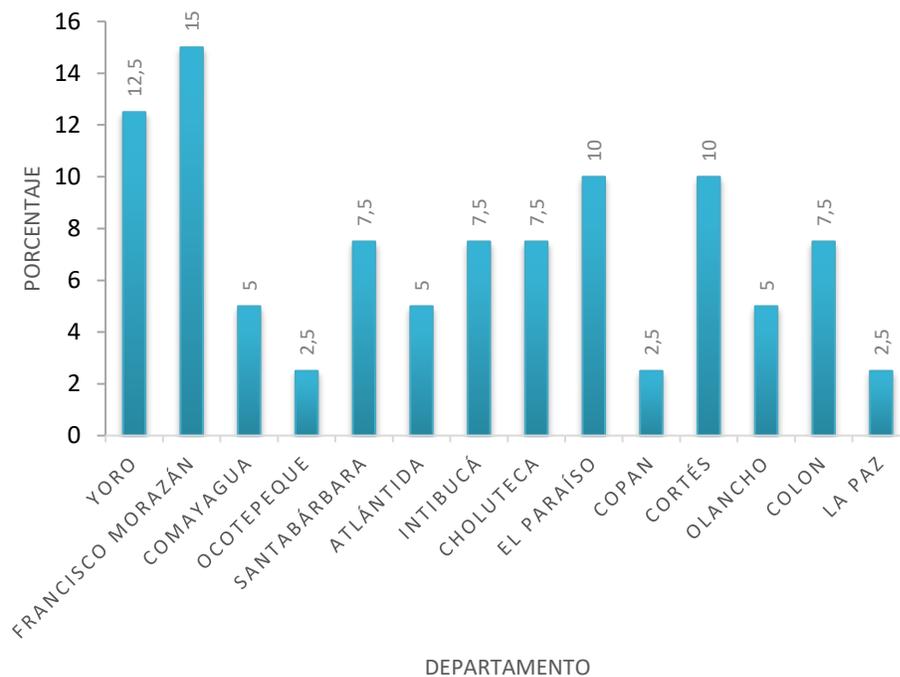


Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En relación al departamento donde ocurrió la muerte se registró que el 15% (6) de las muertes por esta causa fue en Francisco Morazán, el 12.5% (5) en Yoro,

el 10% (4) en Cortés y El Paraíso, el 7.5% (3) en Santa Bárbara, Intibucá, Choluteca, y Colón respectivamente; el 5% (2) en los departamentos de Comayagua, Atlántida y Olancho y el 2.5% (1) en Ocotepeque, Copán y la Paz. (ver gráfico 16)

Gráfico No. 16. Muerte Materna por Causa Hemorrágica por Departamento, Honduras, C.A, 2009

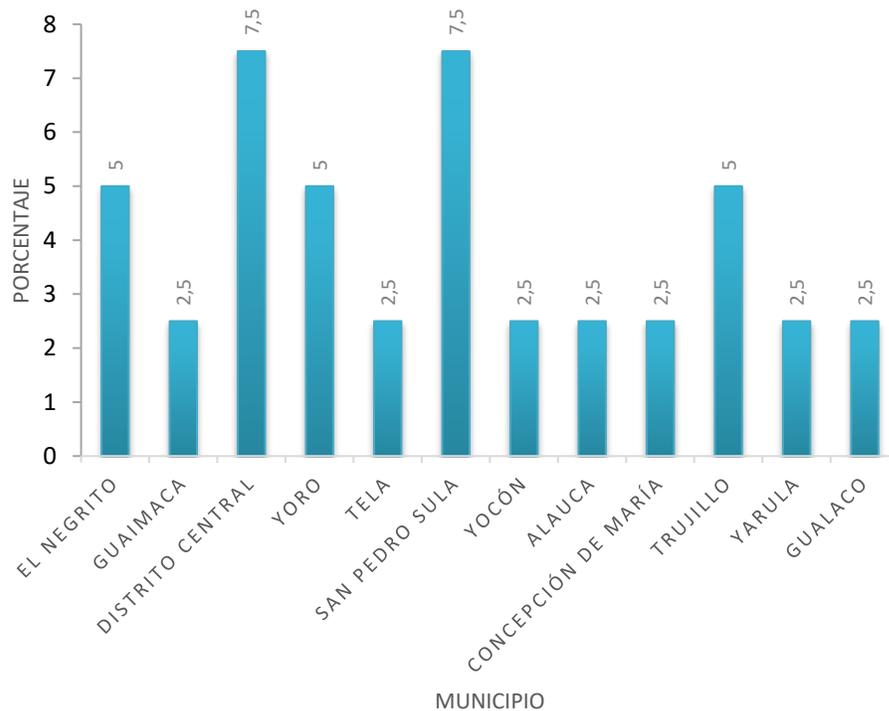


Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

La ocurrencia de muerte materna según municipios se registró así: 7.5% (3) en el Distrito Central y San Pedro Sula; el 5% (2) ocurrió en El Negrito, Yoro y Trujillo respectivamente; mientras que el 2.5% (1) ocurrió en cada uno de los municipios

de: Guaimaca, San Jorge, Siguatepeque, Quimistán, Comayagua, Arizona, Tela, Dolores, Choluteca, Orica, Teupasenti, Ojojona, La Esperanza, Florida, Yocón, Alauca, Concepción de María, Nispero, Yamaranguila, San Francisco de Ojuera, Morocelí, Trojes, Santa Cruz de Yojoa, El Progreso, El Triunfo, Sonaguera, Yarula y Gualaco.

Gráfico No. 17: Muerte Materna por causa Hemorrágica por Municipio, Honduras C.A, 2009

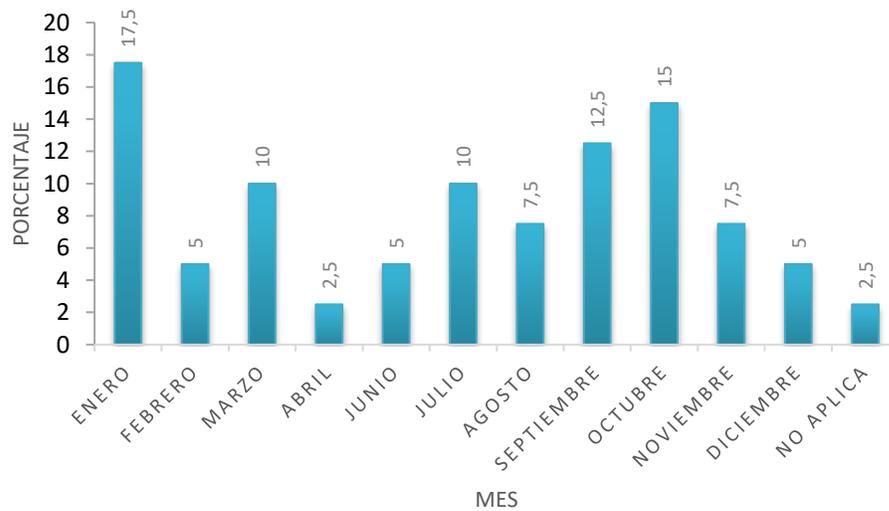


Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Según el mes de ocurrencia de las muerte materna el 17.5% (7) ocurrieron en el mes de enero, el 15% (6) en octubre, el 12.5% (5) ocurrió en septiembre, el 10% (4) en marzo y julio; el 7.5% (3) en agosto y noviembre, el 5% (2) en febrero, junio

y diciembre; y el 2.5% (1) en abril y un 2.5% que no aplica respectivamente, se observan que el mayor número de muertes ocurrieron en el primer y tercer trimestre con un 32.5% y 35 % respectivamente.

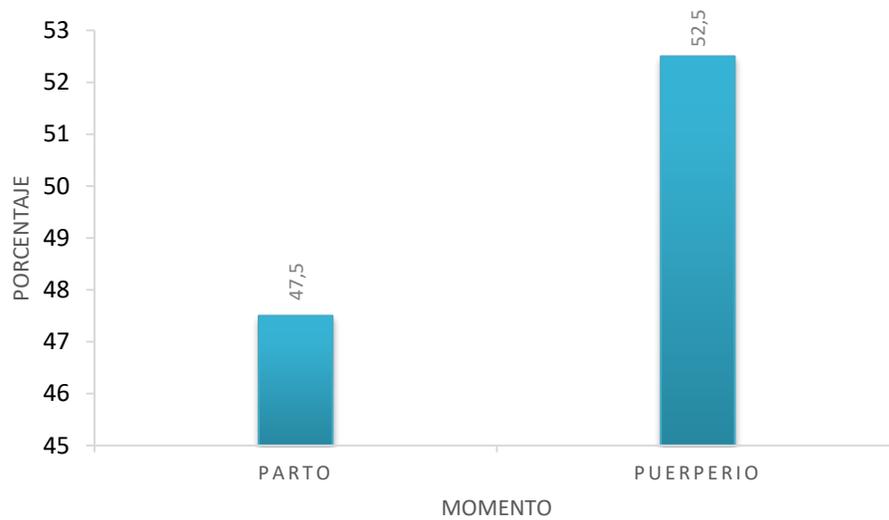
Gráfico No. 18: Muerte Materna por causa Hemorrágica según mes de Ocurrencia, Honduras C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

El 52.5 % de las muertes maternas por causa hemorrágica ocurrió en el puerperio, mientras que el 47.5% ocurrió durante el parto.

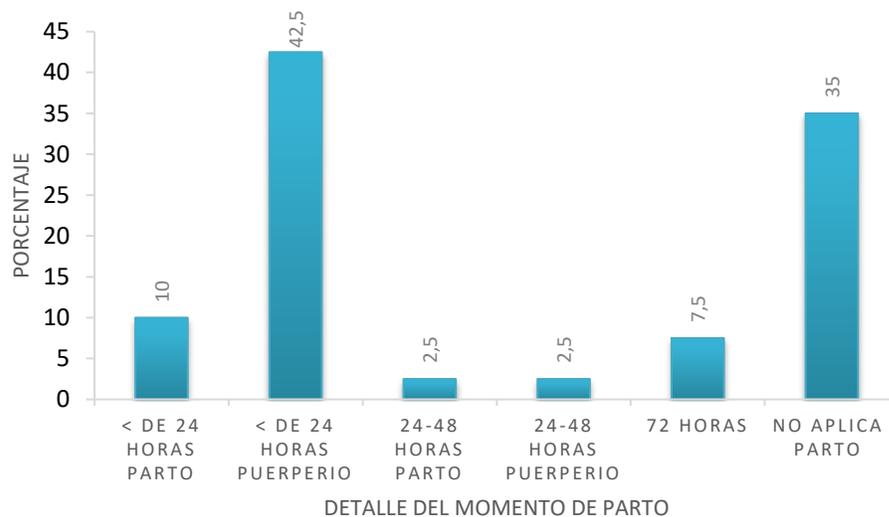
Gráfico No. 19: Muerte Materna por causa hemorrágica Según Momento, Honduras C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

De acuerdo al momento en que se presentó la muerte materna se observó que el 10% de las muertes ocurrieron menos de 24 horas y el 2,5 % de 24 – 48 horas antes parto; 42.5% ocurrieron con menos de 24 horas de puerperio y 2.5% entre 24 – 48 horas de puerperio y; 7.5% a las 72 horas de puerperio. El 35% no aplica al parto.

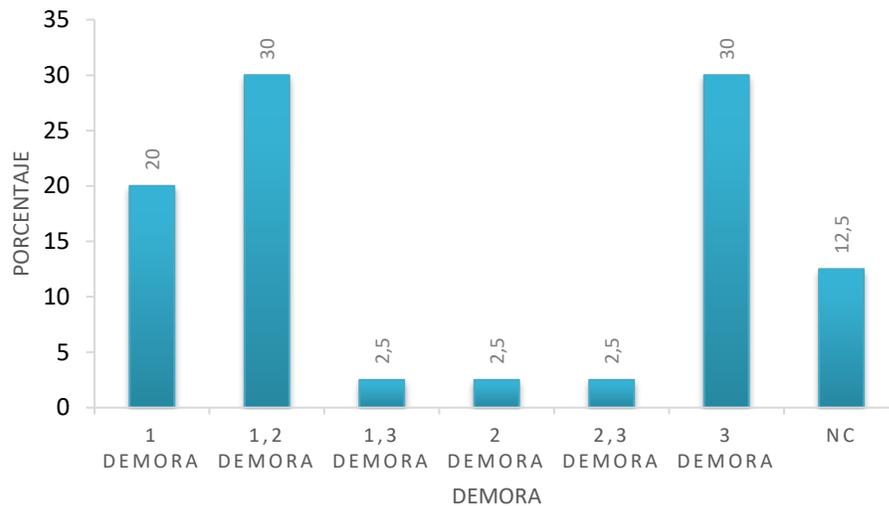
Gráfico No. 20: Muerte Materna por Causa Hemorrágica según detalle del momento, Honduras C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Según identificación de las demoras en las muertes maternas registrada mayormente en las historias clínicas fue de un 30% en las demoras 1.2 y demora 3; seguida de la demora 1 (20%); las demoras 1.3, 2 y 2.3 se observaron un 2.5% respectivamente y un 12.5% no se consignó.

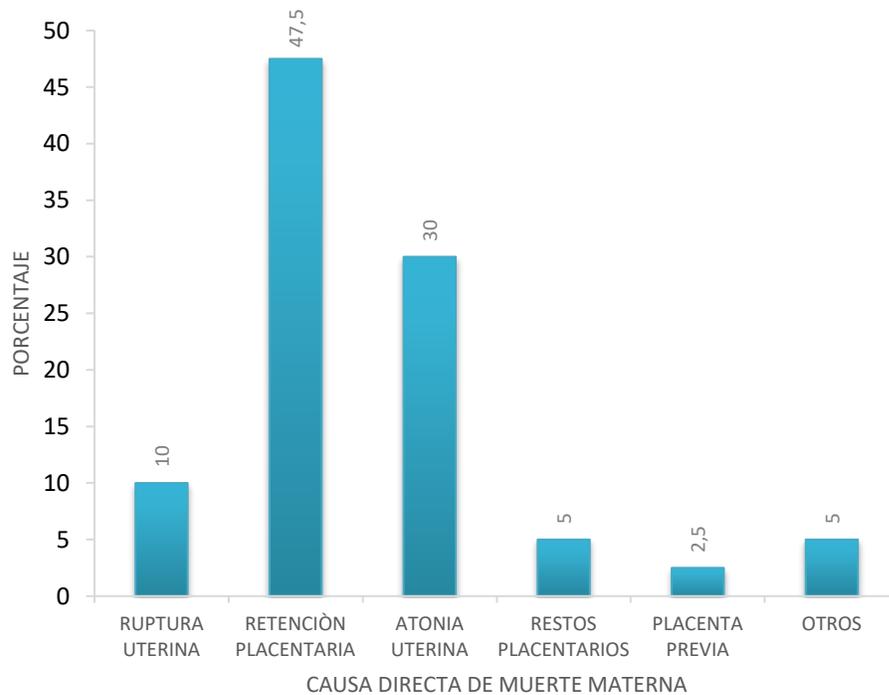
Gráfico No. 21: Muerte Materna por Causa Hemorrágica según Demora, Honduras C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

En cuanto a la causa directa de muerte materna El 47.5% (19) fue por retención placentaria, el 30% (12) por atonía uterina, el 10% (4) por ruptura uterina, el 5% (2) restos placentarios, el 2.5% (1) placenta previa y el 5% (2) otros.

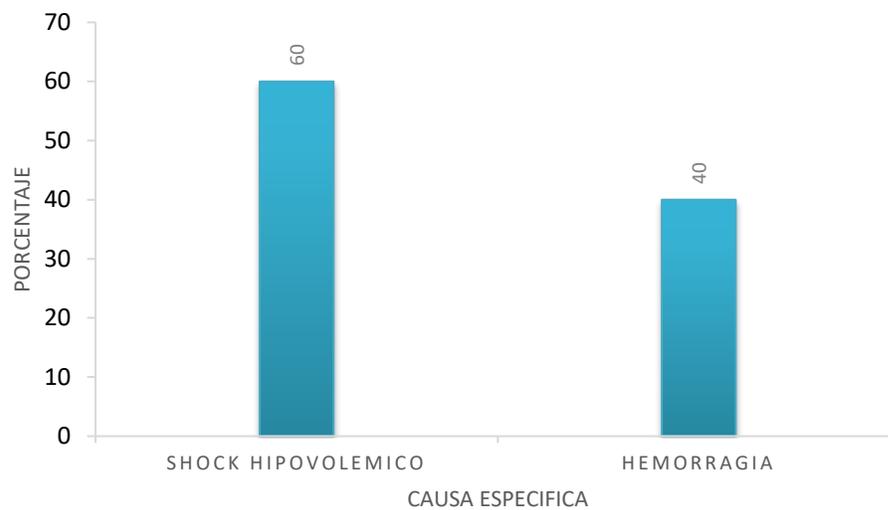
Gráfico No. 22: Muerte Materna por Causa Hemorrágica según Causa Directa, Honduras, C.A, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

La causa de muerte materna específica por causa hemorrágica por shock hipovolémico fue del 60%, mientras que el 40% por causa de la hemorragia.

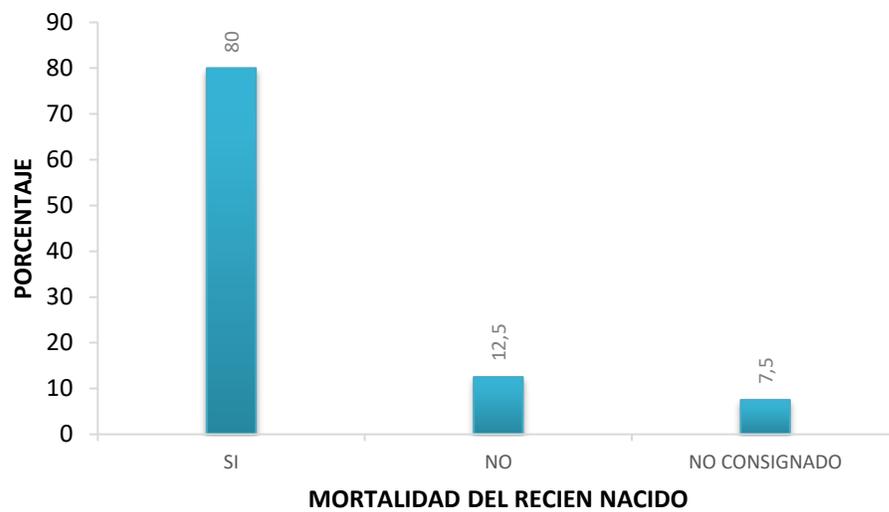
Gráfico 193: Muerte Materna por Causa Hemorrágica según Causa Especifica, Honduras, 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

La Mortalidad del Recién Nacido por causa de Muerte Materna fue de 12.5% (5/40), el 80% de los Recién Nacidos sobrevivió y un 7.5% no está consignado.

Gráfico No. 24: Mortalidad del Recién Nacido según Muerte Materna por Causa Hemorrágica, Honduras C.A 2009



Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Por grupo de edad la mayor tasa de mortalidad en mujeres en edad fértil se presentó en el grupo 36 – 40 años (0.42 X 10,000 MEF). La tasa más baja se observó en el grupo etario de 21. 25 años (0.11 X 10,000 MEF).

Tabla 1: Tasa de Mortalidad Materna en Mujeres por edad fértil.
Honduras C.A 2009

Grupo de edad	Año 2009		
	No.	Población*	Tasa**
15-20	5	420,737	0.12
21-25	4	369,017	0.11
26-30	9	331,483	0.27
31-35	9	286,262	0.31
36-40	10	235,996	0.42
41-45	3	192,154	0.16
	40	1,835,649	0.2

*Población INE, 2001- 2015

**Tasa por 10,000 mujeres en edad fértil

Razón de Muerte Materna por Causa Hemorragias: Se captaron un total de 40 muertes maternas teniendo como causa de muerte las hemorragias para una Razón de Mortalidad Materna de 17.9 X 100,000 nacidos vivos. (RMM = 40 / 223,423 nacidos vivos = 17.9 X 100,000 nacidos vivos).

Tabla No. 2: Medidas de Tendencia Central, según Resultados Muerte Materna por Causa Hemorrágica, Honduras C. A. 2009

Variables	Media (X)	Mediana (Me)	Moda (Mo)
Edad	31	36.5	28.6
Estado Civil	60	7.5	24 (Unión Libre)
Escolaridad	47.5	7.5	19 (Educación Primaria)
Ocupación	77		31 (Ama de casa)
Riesgo Obstétrico	22.5		9 (Gesta 1)
Lugar de Muerte	15	3	6 (Francisco Morazán)
Municipio de procedencia	7.5	1	3 (Distrito Central y San Pedro Sula)
Escolaridad	47.5	7.5	19 (Primaria)
Muerte por Mes	17.5	3 (agosto, noviembre)	7 (enero)
Persona que Atendió parto (Medico)	45	2 (Otro)	18
Gestas	22.5	3 (Gesta 7)	9 (Gesta 1)
Semanas de gestación	27.5	2 (37.5 SG)	11 (40 SG)
Atención Médica	72.5		29 (Si)
No. de Controles Prenatales	27.5	4 (1CP)	11 (No Consignado)
Momento de Muerte	52.5	20	21 (Puerperio)
Detalle Momento de Muerte	42.5	3.5 (Hasta 72 horas Puerperio)	17 (Menos de 24 horas Puerperio)
Demora de Muerte Materna	30	5 (No Consignado)	12 (Demora 1.2) 12 (Demora 3)
Causa Específica de Muerte	60	20	24
Causa Directa de Muerte	47.5	3	19
Tipo	20	20	20
Muerte Materna Definida	60	20	24
Ocupación	77.5	4	31
Mortalidad del Recién Nacido por Muerte	80	5 (No)	32 (Si)
RRH	42.5	5.5	17 (Medico Gral.)
Método de Planificación Familiar	85	2	34 (No se Sabe)
Numero de Gestas	55	4.5 (Gesta 2 y 3)	22
Lugar del Parto	50	4 (Hospital Privado y HRA)	20 (Hogar)

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL.

VI ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con respecto a la edad, la población más afectada en la muerte materna por causa hemorrágica es la joven y la adulta joven que oscila entre los 15 a 42 años de edad, es una población productiva con graves consecuencias para la familia, por la orfandad en que quedan los hijos que dejan; asimismo las adolescentes es la población que tienen mayor riesgo de morir durante el parto y el puerperio. El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre (R, Molina, & Gonzales, 2007), siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. (Agudelo & JM., 2005)

El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia a un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal. (Cleary Goldman, Malone, Vidaver, Ball, & Nyberg, 2005).

El límite de edad que se estima adecuado para la consecución del embarazo ha variado con el tiempo y no existe unanimidad al respecto. En la actualidad este

límite se establece en los 35 años, aunque no faltan trabajos que lo sitúan en 40 e incluso 44 años (J., C., Mínguez, Ródenas, Plana, & Monleón, 2001)

En este estudio se ha seguido el criterio de los 35 años de acuerdo con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y otros autores que se han ocupado del problema asumiendo como ellos que este punto de corte se ha establecido por consenso y no responde a criterios epidemiológicos de incremento de riesgo asociado. (Hera, Peraza, P, & Almaraz, 2011).

La edad con menor riesgo la constituye las mujeres de 20-24 años. El riesgo de defunción materna a lo largo de la vida adulta (probabilidad de que una mujer de 15 años acabe muriendo por una causa relacionada con la maternidad) es mayor en África (1 de 26), seguida de Oceanía (1 de 62) y Asia (1 de 120), mientras que las regiones desarrolladas registraron los menores riesgos a lo largo de la vida (1 de 7300). De los 171 países y territorios en los que se realizaron estimaciones, Níger presentó el mayor riesgo a lo largo de la vida estimado (1 de 7), en fuerte contraste con Irlanda, que presenta el menor riesgo a lo largo de la vida. (OMS, 2015).

El estado civil de las fallecidas por hemorragia post parto fue del 60% para unión libre, se sabe que esta determinante sumada a una baja escolaridad, y la ocupación forman parte de una serie de factores que juntos pueden provocar más rápido las defunciones, particularmente las maternas, ya que estas no son un

suceso fortuito aislado, sino el producto de la multicausalidad que involucra diversas determinantes, como las características de la comunidad donde residen y las condiciones sanitarias de su domicilio; los hábitos y costumbres, la alimentación, el acceso a servicios de salud y la capacidad de esos centros de reconocer los signos y síntomas de una enfermedad grave; la atención y cuidados que les proporcionan a sus hijos, entre otros muchos factores sociales y biológicos. (Mojarro, Colocia, & López, 2003)

En la actualidad es conocido de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud, sin embargo, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente médico; el bajo nivel socio-económico en que se encontraban las mujeres que fallecieron son un determinante fundamental, dado que limitan el acceso a la educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación y a servicios médicos asistenciales, entre otros aspectos, lo cual repercute en la capacidad de decisión de la mujer con respecto a su salud. (OMS, 2005).

El riesgo obstétrico observado en el estudio denota que la mayoría de las afectadas tenían más de 4 gestas; multíparas y gran multíparas, siendo una causa de hemorragia del postparto la cual es una de las principales emergencias obstétricas. La mortalidad materna por hemorragias oscila entre 30 y 50 de cada

100 muertes maternas. Los factores de riesgo más importantes son: edad materna avanzada, multiparidad y enfermedades crónicas.

La muerte materna según semanas de gestación en los expedientes sujetos de análisis, la mayoría estaba entre las 40 y 38 semanas de gestación, mientras que una menor proporción se registraron como menor de 37 semanas de gestación (Ver gráfico 7).

Un alto porcentaje de las fallecidas recibieron atención médica, mientras que el un porcentaje menor no recibió ninguna atención médica y el restante no fue consignado en el expediente (ver gráfico 8), aparentemente intervinieron otros factores para la ocurrencia de las muertes tales como los partos domiciliarios, la Multiparidad y las demoras para la atención.

Como evento natural, la maternidad debería estar libre de complicaciones y por lo tanto sin riesgo de muertes por lo que los fallecimientos derivados del embarazo, parto, puerperio y sus procesos de atención se consideran en su mayoría evitables con los recursos de la medicina actual. Sin embargo, cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas. (Ronsmans & Graham, 2006). Lo anterior revela la necesidad de la implementación de manera sostenida de acciones para la eliminación de estas muertes.

Si una muerte materna es potencialmente prevenible o evitable al ingreso de la mujer a la unidad hospitalaria en la que tuvo lugar la defunción por lo que se

deben valorar tres elementos: la patología que complica el embarazo, la condición clínica de la mujer y la capacidad resolutoria de la unidad donde será atendida, un tratamiento médico inadecuado, retardo en el diagnóstico de alguna complicación obstétrica o retraso en el envío a segundo nivel de atención, falta en la detección de factores de riesgo, integración de un diagnóstico vendrán a contribuir con un mal pronóstico. (Gonzaga, 2014)

En cuanto al número de controles prenatales recibidos la mayoría de las fallecidas recibieron entre 4 y 5 controles de embarazo, sin embargo se registró un número significativo de mujeres fallecidas que no recibieron control de su embarazo, condición que contribuye a poner en riesgo de muerte a las mujeres, porque durante el control y seguimiento del embarazo por el personal de salud calificado detecta el riesgo de la mujer en el periodo de reproducción, indiscutiblemente la muerte se hubiera evitado.

El cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como perinatal; propicia además una adecuada atención del parto y por otro lado, asegura condiciones favorables de salud para las madres y sus hijos/as en los períodos inmediatamente posteriores al nacimiento, así como disminuye la incidencia de discapacidad de causa congénita. Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo según la Organización Mundial de la Salud comprende un mínimo de cinco chequeos por personal profesional de salud calificado

(médico u obstetra). No obstante, el solo cumplimiento de estos controles no garantiza la calidad de la atención, pues se requiere que, en cada visita, se brinde un conjunto de actividades y procedimientos que el equipo de salud brinda a la embarazada con la finalidad de identificar factores de riesgo y enfermedades que puedan afectar el curso normal del embarazo y la salud del recién nacido. (OMS, 2015). Lo anterior en contraste con los hallazgos nos refleja que además de ser importante el número de controles recibidos por la embarazada, la calidad de los mismos define el resultado.

Con referencia al profesional médico y de enfermería a cargo del control de embarazo la mayoría fue atendida por médico general y una menor proporción fue atendida por ginecólogo y por auxiliar de enfermería, encontrándose además algunas mujeres que no tuvieron control de embarazo o fueron atendidas por otro personal, igualmente se encontraron expedientes donde no fue consignado la atención o la falta de atención prenatal por lo que esta es una debilidad del sistema de información evidenciando que los datos no son completados por el personal de salud.

En cuanto al método de planificación la mayoría de las fallecidas no planificaba antes del embarazo, solo el 1% planificó (ver gráfico 11). Se necesita que los métodos de planificación lleguen a todas las mujeres en edad reproductiva, para así poder espaciar y evitar embarazos no deseados, que puedan poner en riesgo la vida.

La mitad de las fallecidas tuvo parto institucional, y la otra mitad parto comunitario (ver gráfico 12).

El embarazo y el parto no son enfermedades, pero tienen riesgo de complicación, especialmente durante el proceso de parto. Las urgencias maternas son sumamente difíciles de predecir, por lo cual todas las mujeres necesitan acceso a los cuidados obstétricos esenciales.

La adopción de las medidas necesarias para lograr un nacimiento seguro en un ambiente hospitalario atendido con personal capacitado, pueden disminuir significativamente el riesgo de complicación y muerte de la madre y el recién nacido. A su vez, el período neonatal especialmente inmediatamente después del nacimiento representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida.

Haciendo revisión del tipo de personal que atendió el parto se registró que la mayoría de las mujeres fueron atendidas por médico seguido de la atención por partera por un familiar, en orden descendente igualmente se registró atención de parto por otras personas, por una enfermera auxiliar, y una pequeña proporción restante que no fue consignado en el expediente.

El lugar donde se tiende el parto tiene una relevancia por la capacidad de resolución y respuesta de existir alguna complicación del mismo en cualquiera de sus momentos. En el presente estudio se registró que la mitad de los partos ocurrieron en el hogar de las fallecidas, lugar que no reúne condiciones óptimas

para ello debido a que la generalidad de las condiciones de la vivienda en nuestro país se encuentra en situación de pobreza por indicadores básicos insatisfechos según parámetro nacional la otra mitad de los partos ocurrieron en diferentes hospitales: nacional, regional, de Área, clínica y/o hospital privado y clínica materno infantil, todos estos establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención tienen diferente nivel de respuesta por lo que según el nivel de riesgo del parto detectado durante el control prenatal deberá ser lugar ideal para la atención.

La Atención del parto, es considerada como el momento más crítico en el continuo de la Atención Materno Neonatal y es en esta etapa en donde se registran gran cantidad de muertes maternas y neonatales. Ejecutar acciones concretas y cumplir estrictamente protocolos establecidos para el caso, está relacionada directamente con la vida o muerte de mujeres y neonatos.

El uso del partograma, el manejo activo del tercer período del parto, el pinzamiento del cordón en tiempo óptimo, la eliminación de prácticas innecesarias y la selectividad de las cesáreas, entre otras, constituyen la base de un parto seguro y sus efectos beneficiosos tanto para la madre como para el niño. Mientras más mujeres parturientas puedan ser captadas, evaluadas, y atendidas por proveedores capacitados y con experticias probadas, en servicios dignos (equipados según estándares de calidad y con manifestaciones mínimas de calidez y buen trato) menos riesgos innecesarios, menos complicaciones graves

y menos muertes materno perinatales formarán parte de las estadísticas de los sistemas de salud del país. (Rubio Romero, 2013). Más de la mitad de las muertes fueron declaradas como institucionales, y una proporción menor fue declarada comunitaria (ver gráfico 15)

Según el lugar geográfico de ocurrencia de la muerte materna por causa hemorrágica en el periodo de estudio se registró en diferentes departamentos las cuales menciono en orden decreciente: Francisco Morazán, Yoro, Cortés, El Paraíso, Santa Bárbara, Intibucá, Choluteca, Colón, Comayagua, Atlántida, Olancho, Ocotepeque, Copán y la Paz. Las muertes ocurrieron en 28 municipios de toda Honduras siendo los más afectados los municipios de Francisco Morazán y Cortés donde están ubicados los hospitales de referencia nacional.

Los meses en que más frecuentemente fallecieron por muerte materna de causa hemorrágica fueron enero y según la mediana en los meses de agosto y noviembre. En cuanto al momento de ocurrencia de la muerte materna más de la mitad ocurrió con menos de 24 horas de puerperio, con una mediana de 72 horas seguido de muertes que ocurrieron en las 72 horas, y entre las 24 y 48 horas del puerperio, respectivamente. La mayor causa directa de muerte materna fue la hemorrágica por restos placentarios y por atonía uterina. Todas estas muertes son evitables con el debido acompañamiento de parte del personal de salud de las diferentes comunidades del país.

En relación a la causa específica la mayoría fue por shock hipovolémico, mientras que el resto fue por hemorragia (ver gráfico 23). Un porcentaje alto de los recién nacidos producto de una muerte Materna no sobrevivió (ver gráfico 24). La tasa de mortalidad materna por causa hemorrágica en este estudio es de 0.2 esta variable da el número medio anual de muertes durante un año por cada 100,000 nacidos vivos, también conocida como tasa bruta de mortalidad. La tasa de mortalidad, a pesar de ser sólo un indicador aproximado de la situación de mortalidad en un país, indica con precisión el impacto actual de mortalidad en el crecimiento de la población.

VII. CONCLUSIONES

1. En el análisis de la mortalidad materna la mayoría de las fallecidas tienen como características ser mujeres de escasos recursos económicos, amas de casa, la mayoría en unión libre, una gran proporción de mujeres solteras cabezas de familia que llevan la conducción de sus núcleos familiares y soportan la economía del hogar, la muerte de éstas mujeres genera en sus hijos no sólo una carencia de los recursos básicos para la supervivencia sino también carencias afectivas.
2. La escasa educación, el analfabetismo y la multiparidad hacen que las mujeres desconozcan sus derechos y las opciones que ofrece el sector salud; la escasa escolaridad y la multiparidad, son un panorama sombrío para las mujeres.
3. El escaso acceso a los métodos de planificación familiar expone a las mujeres a embarazos no deseados en edades extremas, a un mayor número de embarazos con los riesgos que impone cada gestación y a mayor pobreza mientras más hijos tenga cada mujer.
4. Las oportunidades de educación en muchas comunidades son menores para las mujeres, y su proyecto de vida no va más allá de formar la familia y criar hijos. Además, el bajo nivel social y cultural las pone en desventaja para el acceso a la información, a los servicios de salud y a la identificación de factores de riesgo reproductivo.

5. La accesibilidad geográfica, social y económica para una atención de calidad, parece ser un problema en las mujeres en edad fértil que viven en la zona rural, ya que fueron los que presentaron las tasas de muerte más alta en mujeres en edad fértil, teniendo como particularidad ser los más alejados de la ciudad, con calles de difícil acceso, agudizado en el invierno que se vuelven inaccesibles. Por lo que se necesitan crear estrategias y programas orientados a solventar esos problemas.

6. La generalidad de las fallecidas tienen como características ser mujeres de escasos recursos económicos, multíparas, con escasos estudios, sin métodos de planificación familiar, pocos controles de embarazo, siendo estas características un panorama sombrío para las víctimas y dificultándose la atención en ellas.

7. Un buen estado de salud sexual y reproductiva indica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener Información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el acceso y la posibilidad de elección de métodos de regulación de la fecundidad, la eliminación de la violencia doméstica y sexual.

8. Escasos controles prenatales, atendidos en mayor porcentaje por recurso médico, parto atendido a nivel institucional en un 50% y el resto en el hogar junto con la demora 3 fue identificada mayormente en las historias clínicas registradas, seguida de la demora 1, no sabemos en detalle cuales son los factores que incidieron en esas demoras.
9. La Hemorragia Post Parto continúa siendo una causa importante de muerte materna a nivel mundial, predominantemente en países en desarrollo de la cual Honduras no es la excepción por lo que la detección de factores de riesgo y el diagnóstico de la causa permitirá prevenir su incidencia.
10. Los factores que precipitan la muerte materna son evitables, en esa línea de pensamiento deben ser las acciones a seguir por los proveedores de servicios de salud, las que deben de revisarse y fortalecerse en todos los niveles de atención; porque 40 muerte materna significa 40 hogares desamparados, 36 viudos y sobre todo 172 huérfanos al cuidado muchas veces por abuelos o familiares cercanos que viven en igual o peores condiciones de pobreza que la madre.
11. El manejo adecuado de la patología médica asociada es vital para lograr una disminución en su incidencia; contar con protocolos adecuados a la situación de cada centro y/o comunidad, permite un mejor diagnóstico y una mayor eficiencia terapéutica.
12. La mayoría de las muertes maternas se evitarían si las mujeres tuvieran acceso a servicios de planificación familiar de calidad, atención competente

durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento, o atención post aborto, para salvar vidas es fundamental disponer de un sistema de salud plural e integrado con personal capacitado.

13. El escaso acceso a los servicios de salud por dificultades geográficas, económicas o culturales, o por la ausencia de estos servicios en las comunidades, es crucial como factor determinante para el aumento de las razones de mortalidad. Las mujeres en edad fértil que viven en la zona rural, fueron las que presentaron las tasas de muerte más alta en mujeres en edad fértil, teniendo como particularidad ser las más alejadas de la ciudad, con calles de difícil acceso, agudizado en el invierno que se vuelven inaccesibles. Por lo que se necesitan crear estrategias y programas orientados a solventar esos problemas a través de planificación en la que participen las autoridades municipales y otros actores sociales.

14. La Razón de Mortalidad Materna, representa el riesgo obstétrico de fallecer durante el embarazo, parto y puerperio asociado con cada embarazo, en este estudio se registraron 40 muertes maternas por causa de hemorragias. La razón de mortalidad materna fue de 17.9 por cada 100 000 nacidos vivos para 2009; predominaron las muertes de causa obstétrica directa representada por hemorragia por restos placentarios y atonía uterina.

15. La tasa de muerte materna es un indicador que significativamente es afectado por la distribución por edades. La mayoría de los países eventualmente mostrarán un aumento en la tasa de mortalidad general, a pesar del continuo

descenso de la mortalidad en todas las edades, a medida que una disminución en la tasa de fecundidad resulta en un envejecimiento de la población.

16. La Mortalidad Materna ha sido el indicador que marca extremas desigualdades y está estrechamente relacionada con el número de hijos, factores biológicos, nivel cultural, educativo, ocupación, nivel económico, número de embarazos, enfermedades infecciosas y demás factores predisponentes, así como la existencia de programas que garanticen la salud sexual y reproductiva. Cabe destacar que la mejora de estos servicios, disponibilidad, accesibilidad a la atención obstétrica especializada pre y posnatal, el aumento de la cobertura, mejoría y equidad de los mismos, son fieles determinantes de la disminución de las muertes maternas.

17. Los determinantes de la salud tienen una asociación marcada con los riesgos para diferentes enfermedades, disminuyendo así la esperanza de vida; el tener estilos de vida que mejoren la calidad de la salud personal, y la convivencia con un entorno saludable, incluyendo una adecuada distribución de la riqueza de los pueblos, se hace necesario para mejorar el desarrollo de la niñez y la mujer hondureña.

VIII RECOMENDACIONES

La Mortalidad Materna es elevada en países en vías de desarrollo y Honduras no es la excepción y esa mortalidad que tiene relación con el escaso acceso a los servicios de salud expresa la brechas y la injusticia social que afecta a la población en especial a la mujer convirtiéndose en un problema de salud pública y de derecho humano. A continuación las recomendaciones según competencias.

Al Estado de Honduras:

1. Asegurar la participación de las instituciones que conforman el sector Salud y expertos internacionales y nacionales a realizar esfuerzos para la ejecución de un plan estratégico nacional para la reducción de mortalidad materna por hemorragias.
2. Implementar acciones a través de socios estratégicos que promuevan la sustentabilidad y el éxito de políticas, programas o practica que monitoreen las desigualdades en salud que reflejen las condiciones sociales como el nivel de riqueza o escolaridad , el género que abarquen todos los aspectos que reflejen una descripción de los determinantes sociales de salud y todos los aspectos de las condiciones de la mujer en toda las etapas de la vida.

A la Secretaria de Salud se le recomienda:

1. Continuar fortaleciendo el proceso de la Reforma de Salud en el entendido que la misión del Sistema Nacional de Salud consiste en mejorar con equidad la salud de la población.
2. Continuar Fortaleciendo los esfuerzos ya iniciadas de la reorganización y descentralización de los servicios de salud lo que ha permitido establecer condiciones para mejorar la respuesta a las necesidades reales.
3. Seguimiento a la implementación del nuevo Modelo Nacional de Salud en el marco de la reforma del Sistema Nacional de Salud, con la máxima eficacia, eficiencia, equidad y participación social , la entrega de servicios de salud a la población para lograr el cumplimiento del derecho a la protección de la salud consignado en la Constitución de la Republica,
4. Siendo que la ausencia de poder de la mayoría de las mujeres para negociar aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva, aparece como el principal factor de riesgo social con relación a la muerte materna, el Estado y la Sociedad Civil deben propiciar por todos los medios, el enfoque de derechos en la salud sexual y reproductiva.
5. Deben realizarse campañas públicas dirigidas hacia la comunidad para promover la paternidad responsable, enfatizando en las obligaciones culturales y sociales derivadas de la capacidad de engendrar que tienen

los hombres, específicamente señalando sus tareas en la promoción del cuidado de las mujeres.

6. Desarrollar campañas de educación sexual que hablen expresamente sobre la sexualidad, la ética y la responsabilidad. Asimismo es importante brindar más información a las y los adolescentes acerca del embarazo y el parto. Esto cumple con dos propósitos, por un lado contribuiría a que las muchachas estén informadas, y por otro a que colaboren en impulsar comportamientos de cuidado en las embarazadas de su familia o comunidad. Impulsar la Estrategia Nacional de Prevención de Embarazo en Adolescentes ENAPREA.
7. El personal de salud, las municipalidades y las organizaciones de la sociedad civil deben publicar todas las medidas que se toman para garantizar una maternidad sin riesgo.
8. Implementar y/o reactivar los Comités de Análisis de Mortalidad Materna e Infantil a nivel nacional así como en los hospitales, el personal de los establecimientos de salud donde acontezca la muerte materna; a fin de realizar análisis y revisión conjunta de cada muerte materna utilizando los instrumentos establecidos para ese fin; y que estos se acompañen con planes de acción y toma de medidas preventivas.
9. Se recomienda que todo el personal conozca y asuma el marco legal en el que se prestan estos servicios de atención obstétrica.

10. La divulgación del marco legal debe dirigirse hacia la comunidad, pues puede contribuir a cambiar la actitud de maridos renuentes a que sus esposas o compañeras de vida eviten el riesgo reproductivo.
11. Incorporar en su política estrategias que promuevan el empoderamiento de las mujeres en lo relativo a la salud sexual y reproductiva.
12. Asegurar la integración de todos sus proveedores de servicios de los establecimientos de salud para combatir la mortalidad materna. Especialmente se requiere establecer una visión común entre la Dirección de Redes Integradas de Servicios y la Dirección General de Hospitales. Una manera de contribuir a la integración sería generalizar algunas prácticas como las visitas de las y los médicos hospitalarios a las clínicas materno infantiles y Establecimientos de Salud,
13. Garantizar la disponibilidad, suficiente, oportuna y accesible de métodos de planificación familiar.
14. Fortalecer las acciones de vigilancia, control y prevención de la mortalidad materna y perinatal.
15. Analizar las causas de las demoras hospitalarias para elaborar plan de intervención al interno de cada hospital.
16. Desarrollar planes de promoción, comunicación y movilización social con población en general para empoderarlos y promover el autocuidado y así reconocer a tiempo las manifestaciones y factores de riesgo en el proceso de gestación.

17. Divulgar la cartera de servicios y el derecho de la población a recibir servicios adecuados de atención a la salud independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Al Nivel Regional se le recomienda:

18. Incremento de la atención institucional del embarazo, parto y puerperio con la apertura de más clínicas materno infantil, aperturar policlínicos con horarios de 24 horas de atención.

19. Fortalecer la aplicación del proceso de normalización de la atención integral a la mujer, y fomento de estrategias para mejorar la calidad del parto limpio a nivel de comunidades.

20. Reducir las muertes maternas y las enfermedades asociadas con el embarazo y el parto, con la iniciativa para la Maternidad Segura.

21. Asegurar los recursos políticos y financieros necesarios para priorizar la salud materna.

22. Dar cumplimiento a las estrategias para reducir la mortalidad materna según el Objetivo No. 5 del Desarrollo del Milenio.

23. Garantizar a las mujeres acceso a la atención prenatal durante la gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas post parto.

24. Fortalecer la Política Nacional para Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y de la Niñez (RAMNI).
25. Fortalecer el sistema de Información en salud y los sistemas de vigilancia de salud, mediante asignación de presupuesto para realización de reuniones de análisis de información estadística relacionada con la investigación de la mortalidad materna.
26. Aplicación del proceso de normalización de la atención integral a la mujer, mediante verificación del cumplimiento de normas, guías, protocolos de diagnóstico y tratamiento establecidos en los hospitales.
27. Es importante incorporar prácticas de prevención, la hemorragia obstétrica es una urgencia que requiere un adecuado y oportuno accionar de un equipo multidisciplinario para el manejo del shock, así como la disponibilidad de hemoderivados en los hospitales.

Al Nivel Local se le recomienda:

28. Fortalecimiento de la alianza con gobiernos local para la implementación de estrategias y acciones para mejorar los sistemas de información, monitoreo y evaluación.
29. Fortalecimiento del sistema de Información en salud y los sistemas de vigilancia de salud.
30. Fortalecer la investigación de la Mortalidad Materna, mediante aplicación de las normas, protocolos y reglamentos establecidos.
31. Brindar atención integral y acompañamiento por parte del personal de salud a la embarazada desde el momento de la captación hasta el puerperio, principalmente en el área rural donde hay mayor dificultad en el acceso a los servicios de salud, definiendo una ruta crítica para que esta embarazada acceda en tiempo y forma a los servicios de salud especializados.

IX BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, C., & JM., A. B. (2005). Lammers C. Maternalperinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *Am J obstetric Gynecology*, 192(2), 342-9.
- Ahonen J, J. R. (2005). Recombinant factor VII for life-threatening postpartum haemorrhage. *94*, 553-555. Recuperado el 6 de Marzo de 2016
- Alleman, W. (2002). Hemorrhage as a cause of maternal mortality. *Clinica obstetricia Gynecologia*, 825-41.
- Balart, C., Idalberto, M., Rodríguez Tabares, A., López Barroso, R., & Estrada Hidalgo, E. (2014). Inversión uterina puerperal crónica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1(40), 89-95.
- Begley, C., Gyte, G., Murphy, D., Devane, D., MacDonald, S., & W., M. (2011). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Sistemas*.
- Botella, L. (2002). *Tratado de Ginecología* (Vol. II). Revolucionaria.
- C.M, B., D, D., & J., M. D. (2008). Active versus expectant Management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Recuperado el 6 de Marzo de 2016
- Carolan, M., MA, D., & M., B. (2013). Very advanced maternal age and morbidity in Victoria, Australia: a population based study. *Pregnacy Children Birth*(1), 80.
- Carrera, J. M., Deyesa, N., Chacòn, D., Cararach, V. F., Foradada, C. M., Prats, P., & Rubico, R. (2007). Mortalidad Materna en Africa. *Progresos de obstetricia y ginecología*, 50(7).
- Cleary Goldman, J., Malone, F., Vidaver, J., Ball, R., & Nyberg, D. (2005). Comstock CH et al; FASTER Consortium. Impact of maternal age on obstetric outcome. *Obstetricia Gynecology*, 983-90.
- Conde Agudelo, A., J.M, B., & C., L. (2004). Maternal Perinatal MORbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America.

American Journal of Obstetrics and Gynecology(192), 342-349.
Recuperado el 7 de Marzo de 2016

- Cunningham, & F.G. (2010). Mortalidad Materna. *Williams Hematology*.
- D Antonio, F., Iacovella, C., & Bhide, A. (2013). Prenatal identification of invasive placentation using ultrasound: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound obstetric Gynecology*, 509.
- Delange, F., P, B., JP, C., EN, P., S, P., X, H., . . . LE, B. (2011). Iodine and Pregnancy. *Publised online*, 3-18.
- Donoso, E., & Carvajal, V. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica Chilena*, 168-174.
- Elu, M., & Santos Prunela, E. (2004). Mortalidad materna: una tragedia evitable. *Perinatología y Reproducción Humana*, 44-52.
- Fraser, A., & Brockert, J. W. (1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *National England Journal Medicine*, 332(17), 1113-7.
- Gonzaga, D. (2014). Design, synthesis and inhibitory effect on alpha glycosidases. *Journal Article*, 461-476.
- H., A. M., & Alfirovic, Z. (2007). *Treatments for primary postpartum haemorrhage*. Recuperado el 6 de Marzo de 2016, de Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Hera, B., Peraza, J., P, M., & Almaraz, A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstetrico. *PROGRESOS de Obstetricia y Ginecología*.
- Heras Pérez, B., Gobernador Tejedor, J., Mora Cepeda, P., & Gómez, A. A. (2011). La edad materna como factor de riesgo obstetrico. Resultados perinatales en gestantes de edad avanzada. *Progresos de obstetricia y Ginecología*, 54(11).
- Huang L, S. R. (2008). Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *CMAJ*, 178(10), 165-72.
- INE. (2016). *Estadísticas demográficas*. Tegucigalpa.

- Instituto Clinico de Ginecología, O. y. (2015). Recuperado el 7 de Marzo de 2016, de <https://medicinafetalbarcelona.org/>
- J., M.-S., C., B., Mínguez, J., Ródenas, J., Plana, A., & Monleón, J. (2001). Edad y paridad de la mujer en el momento del parto. *Clinica de Investigación en Ginecología y Obstetricia*(28), 273-9.
- Karam, M. A., Bustamante, P., Campuzano, M., & Camarena, A. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. *Pliego Medicina Social*, 205(2), 205-2011.
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *Scielo*, 32, 159-167. Recuperado el 5 de Marzo de 2016, de Revista scielo <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v32s1/obstetricia6.pdf>
- L, S., D, C., A, G., Ö, T., AB, M., & JD, D. (2014). Global Causes of Maternal Death. *Lancet Global Health*, 2(6), 323-333. Recuperado el 7 de Marzo de 2016
- Malvino, M. (2010). Shock Hemorrágico en Obstetricia. Buenos Aires. Recuperado el 10 de Marzo de 2016, de <http://www.obstetriciacritica.com.ar/>
- Mojarro, O., Colocia, G. T., & López, M. H. (2003). Mortalidad materna y marginación municipal: la situación demográfica de México. *Scielo*, 133-41.
- Monleón-Sancho J, B. C. (2002). El Concepto de primipara añosa. *Progresos en Obstetricia y Ginecología*(49), 384-90.
- OMS. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo*.
- OMS. (2015). Obtenido de <http://www.who.int/>
- OMS. (2015). *Mortalidad Materna*.
- OPS/OMS. (2011). Honduras avanza en el Plan de Acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna. Recuperado el 26 de Marzo de 2017, de <http://new.paho.org/hon>
- Postpartum haemorrhage and abnormalities of the third stage of labour. (2003). *Obstetric and Gynecology*, 60-62. Recuperado el 5 de Marzo de 2016

- Promoción y prevención Guía de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo. (s.f.). 1-32. Colombia. Recuperado el 4 de Marzo de 2016, de <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/capacitaciones/hc/28-atencion.pdf>
- R, M., Molina, T., & Gonzales, E. (2007). Teenage fecundity rates in Chile: a serious public health problem. *Revista Médica Chilena*, 135(1), 79-86.
- Rios, E. G. (2010). Hemorragias de la primera mitad del embarazo. *Perinatología*, 56, 10-17. Recuperado el 15 de Marzo de 2016, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol56_n1/pdf/a03v56n1.pdf
- Ronsmans, C., & Graham, W. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The New England Journal*, 1189-200.
- Rubio Romero, J. (2013). Anomalías durante el trabajo de parto. 64(4), 380.
- Salud, O. M. (2002). *Reducción de la Mortalidad Materna*. Ginebra.
- Salud, O. M. (2007). *Maternal mortality in 2005. Estimates developed*. Ginebra.
- Salud, O. M. (2015). *Muerte Materna*. Recuperado el 15 de abril de 2016, de <http://www.who>
- Secretaria de Salud. (2010). *Norma Nacional de Atención Materno Neonatal*. Tegucigalpa D.c., Honduras: Guaymuras.
- Sequeira Ortiz, D., & Torres, B. (2003). *Objetivos Desarrollo del Milenio*.
- Smith, J., & B.G., B. (s.f.). Postpartum Haemorrhage. Recuperado el 5 de Marzo de 2016, de <http://www.emedicine.com>.
- Solari, A., Solari, C. W., & Guerrero, M. E. (2014). Hemorragia del postparto. Principales etiologías, su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Las Condes*, 25.
- Steins Biddchop CN, S. T. (2011). Invasive placentation and uterus preserving treatment modalities: a systematic review. *Archivos de Ginecología y Obstetricia, Medline*, 284, 491.

- Suárez González, J. A. (2012). Problemática de la muerte materna en Villa Clara. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Scielo, 38(1)*, 28-35. Recuperado el 29 de abril de 2016, de <http://scielo.sld.cu/scielo>
- Valle, L., & Cortés, E. R. (2010). Mortalidad materna 1991-2007. Porque mueren las mujeres en un hospital de tercer nivel. *Clinica e investigación en ginecología y obstetricia, Elsevier, 37(05)*.
- Williams Obstetrics and Gynecology* (veintidós ed.). (2005).
- Yogev Y, M. N.-G.-S.-H. (2010). Pregnancy outcome at extremely advanced maternal age. *American Journal Obstretic Gynecology, 203(6)*, 558.

X ANEXOS

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Muerte Materna por causa hemorrágica, según edad.....	53
Gráfico 2: Muerte maternas por causa hemorragica según Estado Civil	53
Gráfico 3: Muerte maternas por causa hemorragica según Escolaridad	54
Gráfico 4: Muerte maternas por causa hemorragica según Ocupación	55
Gráfico 5: Muerte maternas por causa hemorragica según Antecedentes de Gestas	57
Gráfico 6: Muerte maternas por causa hemorragica según Clasificación de Gestas	57
Gráfico 7: Muerte maternas por causa hemorragica según Semanas de gestación	59
Gráfico 8: Muerte maternas por causa hemorragica según Antecedentes de atención médica.....	60
Gráfico 9: Muerte maternas por causa hemorragica según Número de controles de embarazo	61
Gráfico 10: Muerte maternas por causa hemorragica según Atención control de embarazo.....	62
Gráfico 11: Muerte maternas por causa hemorragica según Uso de método de planificación	63
Gráfico 12: Muerte maternas por causa hemorragica según Tipo de Parto.....	64
Gráfico 13: Muerte maternas por causa hemorragica según Personal que atendió los partos.....	65
Gráfico 14: Muerte maternas por causa hemorragica según Lugar de atención del Parto	66
Gráfico 15: Muerte maternas por causa hemorragica según su Definicion.....	67
Gráfico 16: Muerte maternas por causa hemorragica por Departamento	67
Gráfico 17: Muerte maternas por causa hemorragica por Municipio.....	69

Gráfico 18: Muerte maternas por causa hemorrágica según mes	70
Gráfico 19: Muerte maternas por causa hemorrágica según Demora en la Muerte Materna.....	73
Gráfico 20: Muerte maternas por causa hemorrágica según Momento de la Muerte Materna.....	73
Gráfico 21: Muerte maternas por causa hemorrágica según Detalle del momento de Muerte Materna.....	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 22: Muerte maternas por causa hemorrágica según Causa directa de Muerte Materna.....	74
Gráfico 23: Muerte maternas hemorrágica según Causa específica de Muerte Materna.....	75
Gráfico 24: Muerte maternas por causa hemorrágica según Mortalidad del recién nacido por causa de la Muerte Materna	76

Índice de Tablas

Tabla 1. Edad.....	109
Tabla 2: Estado civil.....	109
Tabla 3: Escolaridad	110
Tabla 4: Lugar de Muerte Materna	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 5: Muerte Materna por Municipio	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 6: Muerte Materna por mes	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 7: Personal que atendió el parto.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 8: Número de Gestas	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 9: Semanas de gestación	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 10: Atención Médica	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 11: Número de controles.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 12: Momento de Muerte Materna	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 13: Detalle del momento de Muerte	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 14: Demora de Muerte Materna.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 15: Causa específica de Muerte Materna.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 16: Causa directa de Muerte Materna	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 17: Tipo de parto	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 18: Muerte Materna Definida.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 19: Ocupación.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 20: Mortalidad del recién nacido por Muerte Materna.	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 21: Control de embarazo.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 22: Método de planificación.....	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 24: Lugar del parto	¡Error! Marcador no definido.
Tabla 25: Operacionalización de variables	109

Tabla 1. Muerte materna por causa hemorrágica según Edad,
Honduras C.A, 2009

Edad	Frecuencia	%
<15	0	0
15-19	5	12.5
20-24	3	7.5
25-29	8	20
30-34	7	17.5
35-39	12	30
40-44	5	12.5
45-49	0	0
Total	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna,
2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla 2: Muerte maternas por causa hemorrágica
según Estado Civil, Honduras C.A, 2009

Estado civil	Frecuencia	%
Soltera	5	12.5
Unión libre	24	60
Casada	10	25
No consignado	1	2.5
Total	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009
Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 20: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según Escolaridad, Honduras C.A, año 2009

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	8	20
Primaria	19	47.5
Secundaria	6	15
No consignado	7	17.5
Total	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 21: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según departamento de procedencia, Honduras C.A, año 2009.

Departamento	Frecuencia	%
Yoro	5	12.5
Francisco Morazán	6	15
Comayagua	2	5
Ocotepeque	1	2.5
Santabárbara	3	7.5
Atlántida	2	5
Intibucá	3	7.5
Choluteca	3	7.5
El paraíso	4	10
Copan	1	2.5
Cortés	4	10
Olancho	2	5
Colon	3	7.5
La paz	1	2.5

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL.

Tabla No. 22: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según municipio Honduras C.A, año 2009. 112

Municipio	Frecuencia	%
El Negrito	2	5
Guaimaca	1	2.5
Distrito central	3	7.5
San Jorge/Ocotepeque	1	2.5
Siguatepeque	1	2.5
Comayagua	1	2.5
Quimistán	1	2.5
Arizona	1	2.5
Yoro	2	5
Tela	1	2.5
Dolores	1	2.5
Choluteca	1	2.5
Orica	1	2.5
Teupasenti	1	2.5
Ojojona	1	2.5
La esperanza	1	2.5
Florida	1	2.5
San pedro sula	3	7.5
Yocón	1	2.5
Alauca	1	2.5
Concepción de maría	1	2.5
Níspero	1	2.5
Yamaranguila	1	2.5
San Fco de Ojuera	1	2.5
Morocelí	1	2.5
Trojes	1	2.5
Santa cruz de Yojoa	1	2.5
El progreso	1	2.5
El triunfo	1	2.5
Sonaguera	1	2.5
Trujillo	2	5
Yarula	1	2.5
Gualaco	1	2.5

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 23: Muertes Maternas por causa Hemorrágica
Según mes de ocurrencia, año, 2009

Mes	Frecuencia	%
Enero	7	17.5
Febrero	2	5
Marzo	4	10
Abril	1	2.5
Junio	2	5
Julio	4	10
Agosto	3	7.5
Septiembre	5	12.5
Octubre	6	15
Noviembre	3	7.5
Diciembre	2	5
No aplica	1	2.5
Total	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 24: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según personal que atendió el parto, Honduras, C.A, año, 2009

Atención del parto	Frecuencia	%
Médico	18	45
Enfermera	1	2.5
Partera	13	32.5
Ella misma	2	5
Familiar	3	7.5
Otro	2	5
Sin dato	1	2.5
Total	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No, 25: Muertes Maternas por causa Hemorrágica
Según número de gestas, Honduras C.A, 2009

Número de Gestas	Frecuencia	%
Gesta 1	9	22.5
Gesta 2	4	10
Gesta 3	4	10
Gesta 4	3	7.5
Gesta 5	4	10
Gesta 6	2	5
Gesta 7	3	7.5
Gesta 8	2	5
Gesta 9	1	2.5
Gesta 11	1	2.5
Gesta 12	1	2.5
Gesta 13	2	5
NO CONSIGNADO	4	10
Total	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 26: Muertes Maternas por causa hemorrágica
Según semanas de gestación, Honduras C.A, Año 2009.

SEMANAS DE GESTACIÓN	FRECUENCIA	%
28	1	2.5
32	1	2.5
33	2	5
34	1	2.5
36	1	2.5
37	2	5
38	4	10
39	3	7.5
40	11	27.5
41	1	2.5
42	1	2.5
NA	12	30
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna,
2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 27: Muertes Maternas por causa Hemorrágica
según atención médica, Honduras C.A, 2009

RECIBIO ATENCIÓN MEDICA	FRECUENCIA	%
SI	29	72.5
NO	6	15
NO CONSIGNADO	4	10
SOLO FICHA	1	2.5
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna,
2009 Unidad de Vigilancia **de la Salud/SESAL**

Tabla No. 28: Muertes Maternas por causa hemorrágica según número de controles prenatales Honduras, C.A, 2009

No. Controles	Frecuencia	%
1	4	10
2	2	5
3	3	7.5
4	6	15
5	6	15
6	3	7.5
No consignado	11	27.5
0	5	12.5
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 29: Muertes Maternas por causa Hemorrágica según momento,
Honduras, C.A, 2009

119

MOMENTO	FRECUENCIA	%
PARTO	19	47.5
PUERPERIO	21	52.5
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 30: Muertes Maternas por Causa Hemorrágica
según detalle del momento, Honduras, C.A, 2009

Detalle de momento	frecuencia	%
< de 24 horas parto	4	10
< de 24 horas puerperio	17	42.5
24-48 horas parto	1	2.5
24-48 horas puerperio	1	2.5
72 hors	3	7.5
no aplica parto	14	35
Total	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 31: Muerte materna Definida por Causa Hemorrágica
según causa específica, Honduras C.A, 2009

Causas muerte materna	frecuencia	%
Shock hipovolémico	24	60
Hemorragia	16	40
Total	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 32. Muerte Materna por Causa Hemorrágica según causa directa, Honduras, C.A, 2009

CAUSA DIRECTA MM	FRECUENCIA	%
RUPTURA UTERINA	4	10
RETENCIÓN PLACENTARIA	19	47.5
ATONIA UTERINA	12	30
RESTOS PLACENTARIOS	2	5
PLACENTA PREVIA	1	2.5
OTROS	2	5
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia De la Salud/SESAL

Tabla No. 33: Muerte Materna por causa Hemorrágica según lugar de ocurrencia, Honduras C.A, 2009

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	%
INSTITUCIONAL	20	50
COMUNITARIO	20	50
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 34: Muerte Materna por causa Hemorrágica según definición de Ocurrencia, Honduras C.A, 2009

DEFINICION DE MUERTE	FRECUENCIA	%
INSTITUCIONAL	24	60
COMUNITARIA	16	40
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 19: Muerte Materna por causa hemorrágica Según Ocupación, Honduras C.A, 2009

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	%
OFICIOS DOMESTICOS	3	7.5
AMA DE CASA	31	77.5
ESTUDIANTE	1	2.5
NO CONSIGNADO	5	12.5
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla No. 20: Muerte Materna por Causa Hemorrágica
según Recién Nacido, Honduras C.A, 2009

RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	%
SI	32	80
NO	5	12.5
NO CONSIGNADO	3	7.5
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla 21 Materna por Causa Hemorrágica según personal que atendió el control del embarazo, Honduras C.A, 2009

ATENCIÓN DE CONTROL DE EMBARAZO	FRECUENCIA	%
GINECOLOGO	4	10
MEDICO GENERAL	17	42.5
AUXILIAR DE ENFERMERIA	6	15
NO TUVO CONTROL	5	10
OTRO	1	2.5
NO CONSIGNADO	7	17.5
TOTAL	40	100.0

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla 22 Muerte Materna por Causa Hemorrágica según uso de método de planificación familiar, Honduras, C.A, 2009

METODO DE PLANIFICACIÓN	FRECUENCIA	%
SI	1	2.5
NO	2	5
NO SE SABE	34	85
NO CONSIGNADO	2	5
SOLO FICHA	1	2.5
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia de la Salud/SESAL

Tabla 24. Muerte Materna por Causa Hemorrágica según lugar del parto, Honduras C.A 2009

LUGAR DEL PARTO	FRECUENCIA	%
HOSPITAL DE AREA	3	7.5
CLINIA/HOSPITAL PRIVADO	3	7.5
HOSPITAL NACIONAL	8	20
HOGAR	20	50
CLINICA MATERNO INFANTIL	1	2.5
HOSPITAL REGIONAL	5	12.5
TOTAL	40	100

Fuente: Sub-sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna, 2009 Unidad de Vigilancia

Tabla 3: Operacionalización de variables

Categoría de análisis	Definición conceptual	Definición operacional
Factores demográficos	Es el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales.	Edad cronológica en años Estado civil: casada, soltera, unión libre Escolaridad: último grado académico cursado Profesión u oficio: ocupación a la que se dedica
Factores de riesgo obstétrico	Son todos aquellos factores que ponen a la paciente en riesgo de muerte	Edad Gestas Lugar de residencia Número de controles de embarazo
Caracterización de la muerte materna	caracterizar la información previo y durante el momento de Muerte Materna	Tipo de parto Lugar del parto Personal que atiende el parto Momento de Muerte Materna Detalle del momento de Muerte Materna Demora de la Muerte Materna Causa específica de Muerte Materna Causa directa de Muerte Materna Muerte Materna definida Muerte Materna por departamento, por municipio, por mes
Tasa de mortalidad materna	Es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 niños nacidos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo.	NMM (2009)X 100,000 n.v Número de muertes maternas durante un determinado período de tiempo por 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo